Le Progrès Médical

1900

PREMIER SEMESTRE

REVUES DES SPÉCIALITÉS

Anthropologie	ZABOROWSKI.
Affections des organes génito-urinaires	Dr A. MALHERBE.
Bactériologie	Dr RAMOND.
Dermatologie et syphiligraphie	Dr P. RAYMOND.
Eaux minérales et hydrothérapie	Dr J. NOIR.
Electrothérapie	Dr P.-L. REGNIER.
Hygiène	Dr MARTHA.
Jurisprudence médicale	Dr LIRMIN-LIPMAN.
Maladies de la première enfance	Dr H. DE ROTHSCHILD.
Maladies de la deuxième enfance	Dr PAUL-BONCOUR.
Maladies des oreilles, du larynx et du nez	Dr BARATOUX.
Neurologie	Dr MIRALLIÉ.
Obstétrique et gynécologie	Drs L. MERLE et JEANNIN.
Odontologie	Dr BOUVET.
Ophtalmologie	D^r KŒNIG.
Psychiatrie	Dr KERAVAL.
Thérapeutique	Drs CORNET, NOIR, RELLAY.



SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de Médecine	Dr PLICQUE
Académie des Sciences	Dr PHISALIX
Société d'Anthropologie	ZABOROWSKI.
Société de Biologie	Dr Mme EDWARDS-PILLIET
Société de Chirurgie	SCHWARTZ
Société médicale des Hôpitaux	Dr J. NOIR.
Société de Médecine légale	Dr G. CARRIER.
Société d'Obstétrique	Dr H. CHÉRON.
Société de Pédiatrie	Dr H. DE ROTHSCHILD.
Société de Thérapeutique	Dr RELLAY.



Le Progrès Médical

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE

VINGT-HUITIÈME ANNÉE

3e SÉRIE. — TOME XI : 1900 (Janvier-Juin)

Illustré de 24 figures dans le texte

COLLABORATEURS PRINCIPAUX :

ABADIE (CH.), AIGRE (D.), BALLET (G.), BARATOUX (J.), BITOT (P.), BLANCHARD (R.), BOISSIER (F.), BONNAIRE (E.), BOUTEILLIER (G.), BOUVET, CARRIER, CHABBERT, CHARCOT (J.-B.), CHÉRON (H.), CORNET (P.), CORNILLON (J), DARIER, DAURIAC, DEBOVE, DUPLAY, Mme EDWARDS-PILLIET, FÉRÉ (CH.), FIAUX, GILLES DE LA TOURETTE (G.), JOSIAS (A.), JOFFROY, KERAVAL, KOENIG, LANDOUZY (L.), LONGUET, MAGNAN, MALHERBE (A.), MARCANO (G.), MARIE (P.), MARTHA, MAUNOURY (G.), MAYGRIER, MIRALLIÉ, MONOD (CH.), MUSGRAVE-CLAY (R. de), NAPIAS (H.), PAUL-BONCOUR, (G.), PELTIER (G.), PETIT-VENDOL (CH.-H.), PHISALIX, PIERRET, PITRES, PLICQUE, POZZI, RAMOND, RANVIER, RAOULT (A.), RAYMOND (F.), RAYMOND (P.), REGNARD (P.), RÉGNIER (L.-R.), RELLAY, REVERDIN (de Genève), RICHER (P.), ROUBINOVITCH, ROUSSELET (A.), SCHWARTZ, SÉGLAS, SEVESTRE (A.), SOLLIER, SOREL (R.), TEINTURIER (E.), TERRIER (F.), TILLAUX, TROISIER, VIGOUROUX (R.), VILLARD (F.), YVON (P.), ZABOROWSKI.

CE VOLUME RENFERME, EN OUTRE, DES MÉMOIRES, DES LEÇONS OU DES REVUES

DE MM.

Abadie (de Bordeaux), Albert-Weil, Apéry, Auvray (M.), Baup, Belin (R.), Bonifas (J.), Boyer (J.), Cardamatis (J.-P.), Chapotin, Clado, Ducroquet, Fleury (M. de), Fournier (H.), Frumerie (de), Glénard (F.), Jullien, Kannelis (J.), Katz (A.), Kucharzewski (H.), Laubie (A.), Lirmin Lipman, Loup (A.), Mayet (L.), Neusser (Ed.), Péchin (A.), Picqué (M.), Psaltoff, Quénu, Raviart (G.), Salomon, Sollier (P.), Stanculeanu, Suarez de Mendoza, Verger (H.), Vigouroux (M.), Vincey (P.), Zalackas (C.).

PARIS

AUX BUREAUX DU JOURNAL

14, RUE DES CARMES, 14.

XXIXe ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XI. N° 1. BUREAUX, R. DES CARMES, 14. 6 JANVIER 1900.

Le Progrès Médical

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

De l'éosinate de sodium dans le traitement de l'épilepsie et des accidents qu'il produit (*suite*) (1);

PAR BOURNEVILLE ET CHAPOTIN.

Considérations générales.

De l'examen de nos observations, il est possible de déduire un tableau d'ensemble de l'*intoxication éosinique*. Et tout d'abord remarquons que ces accidents, du moins avec les doses employées, ont été purement locaux : nous n'avons observé aucun retentissement sur l'état général, pas de troubles digestifs, pas de modifications du rythme cardiaque, pas de modifications thermiques appréciables, pas de troubles sensitifs ni psychiques. Les accidents se sont presque exclusivement localisés aux téguments externes, la muqueuse buccale n'a été atteinte que dans un petit nombre de cas.

Les *doses* nécessaires pour déterminer les accidents semblent varier de 2 gr. 50 à 3 gr. ; au-dessous de deux grammes nous n'avons jamais rien observé. Quant à la date d'apparition de ces accidents, elle varie de six semaines à deux mois après le début du traitement; mais il serait intéressant de rechercher à combien se réduit ce temps de tolérance, lorsqu'on administre dès le commencement des doses massives.

Les lésions dues à l'éosinate de sodium consistent essentiellement en une *rougeur* suivie de *gonflement* de la face et des mains. Plus tard, à l'occasion de traumatismes minimes, peuvent survenir des *troubles trophiques* assez graves.

La *rougeur* envahit d'emblée toute la face : nous avons suffisamment insisté, dans le cours des observations, sur les caractères de cette coloration pour qu'il nous semble inutile d'y revenir. Rappelons seulement que ce n'est point là un érythème inflammatoire, bien qu'il soit accompagné d'un peu de chaleur de la peau, et que son apparition soit précédée d'une sensation de *démangeaison*, parfois de *céphalées* assez intenses. Cette rougeur peut occuper toute la face, le cou, la partie supérieure du thorax, la face dorsale des mains et des doigts, parfois envahir le pharynx ; c'est-à-dire, en somme, toutes les parties et *rien que les parties habituellement exposées à l'air*.

Presque en même temps que cette coloration apparaît le *gonflement*. Lorsqu'il est peu intense, il se montre, tout d'abord, en certains points limités de la face : au-dessous des paupières inférieures, au niveau des régions parotidiennes. Lorsqu'il est très intense, il envahit d'emblée toute la face, mais reste cependant plus accusé aux régions précitées. Il occupe de même le dos de la main et des premières phalanges. C'est un gonflement mou, non œdémateux, indolore, et on peut se demander si sa localisation en certains points de la face et sur le dos des mains ne tient pas à l'abondance du tissu cellulaire en ces parties, et surtout à l'absence de compression exercée par les vêtements : nous avons vu, en effet, le gonflement limité nettement par la ligne de striction formée par le bord d'un béret. Une fois seulement le gonflement occupait les piliers du voile du palais

Quant aux *ulcérations* qui apparaissent à une époque un peu plus tardive, elles nous semblent être dans la dépendance de traumatismes minimes, écorchures, lésions de grattage provoquées par les démangeaisons qui accompagnent l'érythème. En tous cas, les soins de propreté de la peau ont toujours été suffisants pour faire cesser ces complications. Ces ulcérations, toutes superficielles, tendent à s'étaler, à se rejoindre, de manière à former des plaques étendues à contours irréguliers. Au bout de deux à trois jours, elles se recouvrent d'une croûtelle jaunâtre, irrégulière, exubérante et suintante. Celle-ci, à son tour, dure de cinq à six jours si elle n'est pas arrachée et tombe en laissant une cicatrice plus ou moins pigmentée en brun, légèrement déprimée et reproduisant la forme de l'ulcération primitive. Ces cicatrices sont assez tenaces et des malades que nous avons revus six ou sept mois après la cessation du traitement, nous ont présenté ces cicatrices presque sans atténuation de la coloration. Ce n'est que maintenant (novembre 1899) qu'elles ont entièrement disparu, excepté chez un malade qui a quelques macules.

En même temps se manifestent des accidents du

(1) Voir *Progrès Médical*, n° 52, 1899.

côté des *ongles* : c'est d'abord un *décollement* commençant par l'extrémité distale de l'ongle qui devient noir à ce niveau ; ce décollement progresse vers la matrice, s'accompagnant parfois d'une *infiltration séro-purulente* ; le plus souvent on n'observe aucune sécrétion de liquide. Fait remarquable, le malade n'accuse aucune douleur spontanée ou à la pression. Lorsque l'ongle est complètement décollé, il tombe et ne repousse qu'avec une extrême difficulté et d'une manière irrégulière. Toutefois, les ongles finissent par reprendre leur conformation normale.

Nous n'avons pu déterminer la cause de ces accidents ni surtout de leur localisation aux pouces, alors que les autres doigts n'ont été atteints que plus rarement et d'une manière moins intense, et que les orteils ne l'ont jamais été. Il nous semble qu'ici encore on doive faire une large part au traumatisme occasionnel.

Nous avons recherché s'il existait quelques points communs entre les signes d'*intoxication éosinique* et les *manifestations cutanées du bromisme*.

Notons d'abord que dans 21 cas sur 23, soit dans une proportion de 94 pour 100, l'éosine a déterminé des accidents, et encore un des deux cas indemnes (Obs. I) doit-il être tenu pour suspect ; ces accidents apparaissaient avec une dose moyenne de 2 gr. 50 à 3 grammes. Au contraire, les accidents cutanés du bromisme ne surviennent que dans 75 p. 100 des cas, en général lorsque le malade atteint ou dépasse la dose de 4 gr. de bromure de potassium (1).

Les manifestations cutanées du bromisme atteignent très fréquemment les membres inférieurs. On peut dire, au contraire, que dans l'éosinisme ces derniers ne sont atteints que d'une manière tout à fait exceptionnelle.

Quant à la *forme de l'éruption* elle diffère absolument de l'éruption bromurée : « Les manifestations cutanées du bromisme se présentent sous les deux formes suivantes : 1° L'acné disséminée qui ne présente, guérie, de particulier, que la coloration rouge sombre, la confluence à la face, dans le dos, aux bras et aux cuisses, principalement sur la face dorsale où il laisse des cicatrices longtemps violacées.... ; 2° L'éruption bromique conglomérée qui est caractérisée par des indurations en forme de tubercules ovalaires ou de plaques allongées qui se développent dans l'épaisseur du derme, restent d'abord sans altérer la coloration de la peau ; mais peu à peu celle-ci prend une teinte d'un violet ardoisé lorsque les indurations deviennent confluentes et forment des plaques conglomérées ; ou lorsque tout en restant isolées elles ont pris un grand développement et ont formé des saillies hémisphériques à la surface de la peau : elles s'ulcèrent et suppurent, mais l'induration persiste (2). »

On voit donc qu'il n'est nullement question de ces ulcérations superficielles se recouvrant rapidement de croutes jaunâtres, exubérantes et suintantes, non plus que du gonflement localisé à certaines régions de la face et aux mains.

Les érythèmes ont été signalés par Veïel (*Viertel-jahr. für Dermat. und Syph.*, 1874) cité par Chaumont *in* Thèse, de Paris, 1894. Cet auteur aurait observé un certain nombre de fois « un érythème diffus, très douloureux, accompagné de fièvre, et toujours limité aux extrémités inférieures. Dans d'autres cas, l'érythème se présente sous forme de plaques isolées, moins localisées ; les phénomènes généraux sont nuls ou peu marqués ; tantôt elles ne font aucune saillie au-dessus de la peau, tantôt, au contraire, elles sont légèrement surélevées, et dans ces cas il existe ordinairement au-dessous d'elles un noyau d'induration. Leur coloration varie du rose au rouge vif foncé, parfois scarlatiniforme. Elles disparaissent par effacement ou en donnant lieu à une desquamation parfois assez considérable ; d'autres fois, sur les plaques érythémateuses rosées, il se forme des vésicules qui aboutissent ultérieurement à des ulcérations. C'est chez les enfants que ce fait a été observé. » (Chaumont. *loc. cit.*)

Cet érythème diffère entièrement de celui observé dans tous les cas d'éosinisme. Notons cependant que dans un seul cas (Obs. X) nous avons vu l'*érythème éosinique* des mains suivi de phlyctènes volumineuses.

La *pigmentation* est citée comme accident cutané possible du bromisme. « Echeverria (*Philadelphia med. Times*, 1872) a vu le front et le cou se pigmenter en brun d'une façon très prononcée. M. Voisin a observé deux faits du même genre : un malade présentait une coloration jaune sale foncée de la peau de la face ; chez un autre, la face se recouvrit de plaques bronzées n'ayant aucun rapport pathogénitique avec les pustules d'acné. » (Chaumont *loc. cit.*) Il est impossible de ne pas faire un rapprochement entre cette pigmentation et celle que laissaient en tombant les placards croûteux de la face de nos malades ; mais ici les cicatrices brunes avaient un aspect déprimé que ne relatent point les observations ci-dessus.

Nous voyons donc qu'on ne saurait assimiler les manifestations cutanées du bromisme et celles de l'éosinate. Trop de points de dissemblance, fréquence, siège, forme de l'éruption, viennent, en dépit de quelques analogies, montrer que l'on ne peut faire du brome la cause unique de tous ces accidents : l'éosinate semble avoir une action bien déterminée.

Remarquons toutefois en terminant que l'état antérieur de la peau, les soins de propreté dont M. Féré a signalé l'importance à propos des accidents du bromisme, et auxquels, dans le service des enfants, on apporte la plus grande vigilance (bains généraux, bains de pieds, douches), nous ont semblé aussi jouer dans l'*éosinisme* un role considérable. C'est, en effet, chez les sujets les plus intelligents, les plus soigneux de leur personne que nous avons noté le mininium d'accidents, et si les lavages de la figure et des mains l'attention du malade à éviter les écorchures et les traumatismes de ces parties ne pouvaient préserver du gonflement et de la rougeur de la face, ils suffisaient à leur éviter les placards croûteux et les cicatrices de la face ainsi que le décollement et la chute des ongles, c'est-à-dire les *troubles trophiques* les plus sérieux.

(1) Voisin. — *De l'emploi du bromure de potassium dans les affections nerveuses*, 187[illegible].

(2) Féré. — *Epilepsies et épileptiques*. F. Alcan, éditeur.

Société de Pédiatrie de Paris. — La prochaine séance aura lieu le mardi 9 janvier 1900, à cinq heures du soir, à l'Hopital des Enfants-Malades.

Ecole de Medecine d'Alger. — M. Malosse, pharmacien de 1re classe, est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux physiques et chimiques.

Ecole de Médecine d'Amiens. — M. le Dr Moulonguet, professeur de pathologie externe et de médecine operatoire, est nommé, pour une période de trois ans, directeur de ladite Ecole, en remplacement de M. Peugniez, nommé directeur honoraire.

CLINIQUE MÉDICALE

—

Fracture spontanée des fémurs dans un cas de tabes supérieur probable :

Par G. RAVIART, ancien interne des hôpitaux de Lille, préparateur d'anatomie pathologique à l'Université de Lille.

OBSERVATION. — P..., Alexis, 64 ans, menuisier, entre à l'infirmerie de l'Hospice général, dans le service de M. le Pr Wertheimer, se plaignant de vives douleurs qu'il localise aux orteils.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort à 64 ans sans avoir présenté d'autre affection qu'une pneumonie. Sa mère est morte à 64 ans; elle était emphysémateuse. Trois frères. Deux sont morts à la suite d'accidents; le troisième se plaint depuis cinq ans de crampes nocturnes. (Il nous a, malheureusement été impossible d'obtenir de plus amples renseignements sur ce dernier.)

Antécédents personnels. — Pendant l'enfance et l'adolescence rien à signaler. Il est soldat. Puis à 24 ans se marie. Sa femme fit d'abord une fausse-couche puis eut quatre enfants bien portants. Pas d'antécédents syphilitiques avoués A 50 ans, il y a 14 ans, apparurent des douleurs fulgurantes brusques d'apparition, véritables « coups d'éclair » ; elles étaient très *douloureuses*, duraient plusieurs heures et se présentaient tous les deux ou trois jours. Ces douleurs survenaient particulièrement la nuit et intéressaient le flanc droit, les cuisses, les genoux et les doigts de pied. En même temps des *crampes* douloureuses et fugaces apparaissent, tantôt dans un mollet, tantôt dans l'autre. Pendant dix années, rien d'autre à signaler. Aucun trouble de la marche. (Le malade devait, rentrant de son travail, cheminer longuement dans l'obscurité.) Pas de vertiges. Pas de troubles gastriques ni intestinaux.

Le 5 *juillet* 1892, vers six heures, le matin alors qu'il se mettait au travail et traversait une place pour chercher un objet, sans traumatisme aucun, il se casse la cuisse droite et tombe sur le dos. Fait à noter, depuis quelque temps les douleurs fulgurantes se localisaient plus particulièrement au niveau de l'articulation coxo-fémorale droite, et, durant la nuit précédante, le jour de la fracture, les douleurs avaient été constantes. On eut dit, selon l'expression du malade, que le col « *était pris dans un étau* », « *qu'on voulait le casser.* »

La fracture fut absolument indolore et le malade tombé faisait mouvoir sa cuisse en rotation interne puis externe, sans ressentir aucune douleur, il entendait, nous dit-il, « *son os sonner creux comme s'il n'y avait plus de moelle* ».

Relevé, on le conduit à l'hôpital de la Charité dans le service du Dr Duret qui diagnostique une fracture au niveau du col chirurgical du fémur droit. Il est immobilisé et sort 60 jours après de l'hôpital, marchant à l'aide de béquilles. Disparues le jour de la fracture, les douleurs fulgurantes ne reparaissent pas durant le séjour à l'hôpital.

Le 20 *novembre* 1892 le malade s'approche de la table pour s'asseoir et diner, quand tout a coup, sans aucun traumatisme le fémur gauche cette fois se fracture transversalement en son tiers supérieur et le malade s'abat sur le sol. Il n'y a pas cette fois de prodromes, mais par contre, le malade ressent une légère douleur au moment de la fracture.

Nouveau séjour dans le service du Dr Duret, gouttière, extension continue, puis Scultet, consolidation un peu plus lente que la première fois. Il sort le 13 *février* 1893.

Durant une année, il doit garder la chambre, étant encore peu solide et très gêné dans sa marche.

Le 13 *janvier* 1894 il entre à l'hospice général, dans un état de santé relativement bon, ne souffrant plus, marchant à l'aide de béquilles. Durant deux années aucun symptome à noter. Ce n'est que depuis trois mois que les douleurs se sont remontrées avec les mêmes caractères que primitivement.

Le 12 *mai* 1897 des douleurs plus intenses que de coutume localisées aux orteils des deux pieds, accompagnées d'œdème blanc indolore de la même région, amènent le malade à l'infirmerie.

C'est un homme de taille moyenne. Cheveux roux, moustaches rousses, yeux bleus. Sa face est assez maigre ainsi que le reste du corps.

Motilité. — *Face* ne présente pas d'altération de la motilité, il y a cependant une légère différence de tonicité qui est en faveur des muscles du coté droit. *Bras* très amaigris, leur force musculaire est légèrement diminuée. Le sens de l'espace est conservé, mais, par contre, l'*ataxie y est très accentuée*, les petits mouvements sont exécutés avec une grande maladresse, de plus, les bras, le droit surtout, sont agités d'une sorte de tremblement menu, n'existant pas au repos, non arrêté par la volonté et dont l'amplitude des oscillations n'augmente pas avec l'étendue des mouvements.

Membre inférieur droit plus court que le gauche de 4 centimètres, est très amaigri. Au niveau du grand trochanter, siège de la fracture, se trouve une masse osseuse très volumineuse que l'on saisit à pleine main. Les mouvements de l'articulation coxo-fémorale sont conservés. On sent des frottements lorsque l'on mobilise l'articulation du genou. Force musculaire diminuée.

Membre inférieur gauche est en rotation externe. Les mouvements de l'article sont limités par l'énorme cal osseux qui s'est formé à l'union du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs du fémur. A ce niveau et indépendamment du cal se trouve une exostose qui existait peut-être avant la fracture, le malade ne peut nous renseigner. Si nous faisons *lever* le malade, il y parvient difficilement, la station debout est difficile à cause de la différence de longueur des deux membres, le pied droit se met en équinisme. Pas de signe de *Romberg*. Si le malade essaie de *marcher*, il le fait très péniblement, mais il n'y a pas d'*ataxie*, il se plaint simplement d'une grande faiblesse dans les membres inférieurs.

Sensibilité. — Troubles subjectifs. Le malade ressent des *piqûres* toutes les cinq minutes pendant une heure et cela plusieurs fois par jour. Les jambes sont le siège de vives démangeaisons.

Troubles objectifs. — Toutes les sensibilités sont conservées et plutôt exagérées. Le malade est très sensible au chatouillement.

Réflectivité. — Réflexe pharyngien très exagéré; réflexe cornéen très exagéré; réflexe crémastérien conservé; réflexe patellaire droit exagéré, gauche exagéré également, quoique un peu moins; réflexe plantaire très exagéré au point de faire protester le malade contre sa recherche.

Il y a *abolition absolue* du réflexe à la lumière, ce réflexe est conservé à l'accomodation. (*Signes d'Argyl Robertson.*)

Troubles trophiques. — a) Malade considérablement amaigri; b) double fracture spontanée. Cals énormes; c) craquements dans le genou droit; d) *cutanés :* état ichtyosique de la peau, particulièrement au niveau des surfaces d'extension. Quelques taches purpuriques survenant au moindre choc. La palpation prolongée provoque sur l'avant-bras l'apparition d'ecchymoses. Enfin, de l'*œdème* dur constitue des « bosses », nous dit notre malade, au niveau desquelles surviennent les douleurs fulgurantes. L'œdème précède les douleurs et disparaît pendant leur cours. (Durée, 10 minutes environ.) De même nature était l'œdème des pieds que présentait le malade à son entrée à l'infirmerie, cet œdème dura sept jours fut accompagné des douleurs qui disparurent avec lui, il y a quelques jours.

Troubles viscéraux. — Rien à l'estomac, ni à l'intestin. — *Cœur.* Bruits très frappés, fonctionnement régulier. — *Vaisseaux* artério-scléreux. Artères sont sineuses, arthérome non moniliforme. — *Ganglions.* Quelques ganglions dans l'aine mais petits. Gros ganglions dans l'aisselle, au cou. Ganglion épitrochléen gauche. — *Appareil urinaire.* Rien d'anormal. *L'analyse complète* des urines n'a rien relevé d'anormal. — *Appareil génital.* Le malade nous déclare se comporter très vaillamment malgré ses 64 ans. — *Intellect* n'est pas modifié. Intelligence de petite moyenne.

Ces deux exemples de fractures spontanées et indolores sont bien caractéristiques des trophonévroses.

Ce sont là, si l'on peut dire des ostéopathies nerveuses, pures, vraies.

A quoi rapporter ces fractures : Le cancer ne saurait être incriminé ici. Notre malade ne présentait, on l'a vu, aucune des formes du diabète, une analyse minutieuse des urines en fait foi. Il n'y avait pas d'antécédents syphilitiques avoués. Aucun signe de tuberculose. Pas d'arthrite déformante. C'est d'ailleurs vers l'état du système nerveux que doivent, nous l'avons prévu, porter nos recherches. Examinant successivement les causes d'arthropathies prévues par Bouglé dans sa thèse, nous éliminons immédiatement les plaies des nerfs, la trophonévrose faciale, le sclérodermie, la lèpre. Quoique le malade ait beaucoup maigri, cet amaigrissement généralisé ne permet pas de songer à l'atrophie musculaire progressive. S'agit-il de sclérose en plaques? Outre que les fractures

spontanées ne sont pas chose commune dans cette maladie, les nombreux troubles sensitifs présentés par notre malade ne cadrent pas avec ce fait bien établi par Charcot que les troubles sensitifs ne font pas partie du tableau clinique de la sclérose en plaques. Les symptômes cardinaux de cette maladie sont d'ailleurs absents ici, depuis l'embarras de la parole et le nystagmus jusqu'au tremblement classique. Il ne saurait être question de syringomyélie dans cette observation où il n'existe aucun trouble de la sensibilité objective. L'aliénation mentale ? nous avons vu que le malade n'en présentait aucun des symptômes. L'embarras de la parole absent, la mémoire intacte, l'intelligence saine permettent de rejeter l'hypothèse d'une paralysie générale même débutant. D'ailleurs, toutes ces affections, la syringomyélie mise à part, ne présentent pas d'ostéopathies nerveuses vraies. Reste le tabes, qui partage avec la syringomyélie le privilège de présenter des fractures de ce genre. Les caractères mêmes de l'artropathie, la brusquerie, l'absence complète de réaction douloureuse locale, l'exubérance du col sont bien les caractères qu'on s'accorde à attribuer aux arthropathies tabétiques.

D'autre part, c'est bien l'histoire d'un tabétique que celle de notre malade. Une période préataxique de 14 ans durant laquelle les symptômes sensitifs existent seuls. Puis l'ataxie apparaît frappant seulement les membres supérieurs ; en même temps la vue baisse peu à peu. Le signe d'Argyl Robertson est constaté. Les réservoirs restent intacts. Réflexe rotulier conservé, pas d'ataxie des membres inférieurs, signes indiquant une localisation seulement supérieure, des lésions des cordons postérieurs. C'est bien à un tabes supérieur que nous avons affaire.

Mais alors, comment concilier l'ostéopathie inférieure avec l'intégrité supposée de l'extrémité correspondante de la moelle ? C'est ce que nous allons tenter de faire. Les mouvements désordonnés jadis invoqués par Volkmann n'ont pu produire ici les traumatismes répétés, producteurs d'ostéopathies.

Weir Mitchell, avait soupçonné l'existence de troubles trophiques des os et Talamon, en 1878, déclare qu'il s'agit dans les fractures tabétiques d'un amincissement du tissu compact de l'os. Dans notre cas nous avions évidemment une fragilité osseuse qui seule était susceptible d'expliquer la spontanéité, c'était l'ostéite raréfiante qui faisait que le malade entendait « son os sonner creux comme s'il n'y avait pas eu de moelle. »

Pourquoi cette ostéite raréfiante ? Peut-être pouvons-nous invoquer dans notre cas l'irritation nerveuse périphérique, dont parle Brissaud, l'altération des nerfs centripètes accusée par Marinesco, et dire que les douleurs fulgurantes si longtemps prolongées et particulièrement localisées au niveau de l'os plus tard fracturé, représentent bien dans notre cas l'irritation et l'altération nerveuse périphérique qui, pour les auteurs précités, donneraient de la fracture spontanée une explication satisfaisante. De plus, cette altération centripète ne portant que sur des filets terminaux et encore non sur tous, on s'expliquera pourquoi plusieurs des signes cardinaux du tabes, et en première ligne le signe de Westphal, fassent défaut dans ce cas. D'ailleurs la douleur fulgurante et l'ostéopathie ne sont pas les seuls signes par lesquels se traduit ici l'altération probable des filets nerveux terminaux l'œdème qui accompagne si souvent les douleurs, l'état ichtyosique de la peau, les crampes relèvent également de la même lésion et si nous y joignons l'amblyopie progressive qui frappait notre malade, nous voyons qu'ici encore le tabes apparaît, ainsi que le dit Déjerine, comme une maladie des nerfs périphériques, sensitifs, sensoriels et moteurs.

École de Médecine de Tours. — M. Pasquier, suppléant des chaires de physique et de chimie, est chargé pendant la présente année scolaire, d'un cours de pharmacie et matière médicale.

L'Esprit des autres. — « Ce sont les hommes justes qui font les peuples libres. » (Victor Hugo, *Discours sur la tombe d'Edgar Quinet.*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le concours de l'Internat en médecine et le cambriolage de l'Hôpital Beaujon : Reprise du concours d'octobre et nouveau concours.

Le *Progrès Médical* a raconté à ses lecteurs l'histoire du cambriolage de l'hôpital Beaujon, acte criminel qui mérite une répression sévère, mais dont, jusqu'à présent, la police et la magistrature ont été impuissantes à découvrir l'auteur ou plutôt les auteurs (n° du 2 déc., p. 42). Le secrétaire de la rédaction du journal, M. le Dr J. Noir, a exposé dans les numéros suivants (1) quelle était, selon l'avis de la direction, la moins mauvaise solution qu'exigeaient les circonstances : continuation du concours pour les candidats qui avaient lu leur composition écrite, concours nouveau pour ceux dont un malfaiteur abominable avait détruit les compositions ; attribution proportionnelle des places à chacun des deux groupes de candidats. Nous n'avons pas à revenir sur les raisons que nous avons données — et qui l'ont été également par plusieurs de nos collègues de la presse médicale, — à l'appui de cette solution. Elles ont paru péremptoires, puisque M. Waldeck-Rousseau, président du Conseil et ministre de l'Intérieur a pris, dans ce sens, une décision fortement motivée ainsi qu'on en jugera par le texte suivant :

Arrêté ouvrant un concours spécial entre les candidats ayant déjà pris part au concours de l'internat du 16 octobre 1899 dont les copies ont été détruites à la suite de l'acte commis à l'hôpital Beaujon. — Arrêté du Préfet de la Seine modifiant l'article 99 du règlement du 26 août 1839 sur le service des hôpitaux et hospices civils de Paris.

Le président du conseil, Ministre de l'Intérieur et des cultes, — Sur le rapport du Préfet de la Seine, en date du 16 décembre 1899, — vu la délibération du conseil de surveillance de l'Administration générale de l'Assistance publique de Paris en date du 7 décembre 1899 ; — vu la loi du 10 janvier 1849 sur l'organisation de l'Assistance publique à Paris ; — vu le règlement général sur le service de santé dans les hôpitaux et hospices de Paris, en date du 26 août 1839 ; — vu les arrêtés des 9 juin, 12 juillet 1841, 12 octobre, 19 novembre 1842, 12 et 14 avril 1869, 21, 24 mars 1896, 5 et 11 février 1898, relatifs à l'admission des élèves dans les hôpitaux de Paris, aux jurys et aux concours ;

Considérant que, le 16 octobre 1899, un concours annuel pour l'internat a été ouvert entre les élèves externes des hôpitaux de Paris ; que 580 candidats s'étaient fait inscrire pour ce concours ; que 333 seulement ont remis des compositions écrites et 241 ont lu leurs compositions ; qu'enfin 78 candidats ont eu leurs compositions détruites, en tout ou en partie, à la suite d'un acte de malveillance dont les auteurs sont jusqu'ici demeurés inconnus ;

Considérant qu'il est de principe général et qu'il résulte des règlements ci-dessus visés, applicables au concours de l'internat, que les places mises au concours doivent être attribuées aux candidats ayant obtenu le plus grand nombre de points pour l'ensemble de leurs compositions ; que l'accomplissement des épreuves écrites confère un droit qui est et reste indépendant des circonstances par lesquelles certains des concurrents peuvent être mis dans l'impossibilité d'achever le concours ; que ces circonstances, en dehors de leur renonciation volontaire, peuvent tenir soit à des cas de force majeure, accident ou maladie, soit un fait prévu par les règle

(1) N° 49, p. 452 et 458 ; — n° 50, p. 467 ; — n° 51, p. 48. ; — n° 52, p. 507.

ments, soit même au fait d'un tiers; que dans ce dernier cas les concurrents victimes du fait délictueux ou quasi délictueux ont seulement un recours contre son auteur, mais qu'il est inadmissible que l'œuvre et le travail de ceux qui ont rempli toutes les conditions du programme soient anéantis à raison d'un événement dont ils ne sauraient être responsables;

Considérant que l'acte à la suite duquel les compositions de 78 candidats ont été détruites rentre dans la catégorie des faits ci-dessus prévus;

Considérant, d'autre part, que s'il est allégué que certains candidats auraient pu, faute de contrôle suffisant, remettre des copies faites par des tiers, la fraude dont il s'agit n'est pas établie; qu'au surplus, alors même qu'elle serait démontrée, elle n'aurait d'autre effet que d'amener la disqualification des candidats qui y auraient eu recours et ne saurait entraîner l'annulation de l'ensemble des opérations du concours;

Considérant que de ce qui précède, il résulte que les faits commis à l'hôpital Beaujon dans la nuit du 28 au 29 novembre ne sauraient infirmer le concours ouvert le 16 octobre ni préjudicier aux droits acquis par les candidats dont les copies ont été épargnées, et qu'en droit strict les victimes de cette manœuvre n'auraient qu'un recours à fin de dommages-intérêts contre ses auteurs;

Considérant qu'aux termes des règlements en vigueur (art. 9 du Recueil des dispositions réglementaires) le nombre des élèves est fixé de manière à donner *au moins*, pour chaque chef de service, un interne en médecine; que pour le service de chirurgie le nombre des internes peut être de deux ou de trois; que pour l'exercice 1900, l'Administration de l'Assistance publique avait réduit à trente-six le nombre des places d'internes; que, par application des principes ci-dessus, ces trente-six places d'internes doivent être attribuées aux élèves classés dans le meilleur rang par suite du concours qu'ils auront subi;

Considérant, en ce qui concerne les candidats victimes des faits susrappelés et auxquels il ne resterait que le recours de droit commun contre les auteurs du dommage par eux subi, que si l'Administration n'a encouru aucune responsabilité, elle doit, dans une préoccupation d'équité et dans l'intérêt de leur avenir, s'efforcer d'atténuer les conséquences du préjudice auxquels ils sont exposés et qu'il lui est possible de le faire dans une certaine mesure tout en restant dans les limites de l'article 9 susvisé, en les appelant à un concours restreint comportant dix nouvelles places d'internes, ce qui revient à leur attribuer un nombre de places proportionnel égal à celui réservé aux élèves qui auront participé au premier concours;

Considérant que les règlements généraux actuellement en vigueur ne sauraient être applicables dans toutes leurs dispositions à ce concours spécial rendu nécessaire par des circonstances exceptionnelles et qu'il y a lieu, par suite, d'édicter un règlement spécial à ce concours, — Arrête :

Article premier. — Il est ouvert un concours spécial entre les candidats ayant déjà pris part au concours de l'internat du 16 octobre 1899, dont les copies ont été détruites, en tout ou en partie, à la suite de l'acte commis à l'hôpital Beaujon dans la nuit du 28 au 29 novembre.

Art. 2. — Le jury du concours ouvert le 16 octobre sera chargé de présider à ce concours spécial.

Art. 3. — Les dispositions réglementaires qui régissent les concours de l'internat, en ce qui concerne les épreuves du concours, la publicité, le mode de procéder du jury, la surveillance des candidats, le vote des points, le classement des candidats et la proclamation des résultats, sont applicables au dit concours.

Art. 4. — Les élèves internes nommés à la suite de ce concours choisiront, dans l'ordre de leur nomination, les établissements auxquels ils doivent être attachés, après l'attribution faite aux élèves internes reçus à la suite du concours ouvert le 16 octobre 1899 des places mises à leur disposition.

Art. 5. — Les dispositions de l'article 216 du règlement général ne seront pas applicables à ce concours spécial.

Art. 6. — Le Préfet de la Seine et le Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret. — Fait à Paris, le 29 déc. 1899. — WALDECK-ROUSSEAU.

Voici maintenant l'arrêté de M. le Préfet de la Seine :

Le Préfet de la Seine, — sur le rapport du Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris, en date du 9 décembre 1899; — vu la délibération du conseil de surveillance de l'Administration générale de l'Assistance publique, en date du 7 décembre 1899; — vu la loi du 10 janvier 1849 sur l'organisation de l'Assistance publique à Paris; — vu le règlement général sur le service des hôpitaux et hospices civils de Paris, en date du 26 août 1839. — Arrête :

Article premier. — L'article 99 du règlement susvisé du 26 août 1839 est modifié ainsi qu'il suit :

« *Art.* 99. — Les épreuves orales sont publiques. Seront seuls admis dans les locaux consacrés aux épreuves écrites tous les élèves porteurs du bulletin spécial délivré par l'Administration et constatant leur inscription au concours. Un numéro d'ordre qui leur sera remis à l'entrée déterminera la place qu'ils devront occuper pour l'épreuve écrite. »

Art. 2. — Le Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris est chargé de l'exécution du présent décret. — Fait à Paris, le 29 décembre 1899. — J. DE SELVES.

Cette décision, qui lèse le moins possible d'intérêts (1) aura, nous l'espérons, l'approbation de tous ceux qui ont examiné de sang-froid la question. Pour notre compte, nous n'hésitons pas à en féliciter M. Waldeck-Rousseau. Il est maintenant indispensable que les bureaux de la Préfecture transmettent, sans nouveau délai, les deux arrêtés qui précèdent à M. le Directeur de l'Assistance publique afin que celui-ci s'entende avec l'ancien jury, qui n'a pas démérité, pour fixer *immédiatement* la reprise du concours du 16 octobre et la date de l'épreuve écrite pour le second concours.

Quant à la mesure qui édicte que, seuls, les candidats appelés à prendre part à la première épreuve du second concours seront admis dans la salle où se fera l'épreuve, elle est excellente. On évitera ainsi le retour d'accusations ou mieux d'insinuations malveillantes. Il convient aussi que les jurys se montrent sévères pour les candidats, c'est heureusement une infime proportion, qui dans la lecture de leur composition écrite se permettent des modifications. Ce n'est pas un zéro qui écarte du concours actuel qu'ils doivent donner. Ils ont le devoir de signaler le fait à l'Administration et celle-ci, sous sa responsabilité, saura prendre la seule mesure qu'exige la fraude : l'interdiction de prendre part à aucun des concours des hôpitaux de Paris. Le prestige de l'internat, l'honneur du corps médical, la justice l'exigent. Nous sommes convaincu que tel est aussi le sentiment de notre ami le Dr Napias. BOURNEVILLE.

Le traitement du hoquet.

Le hoquet est un syndrôme fréquemment observé, consistant en un spasme clonique du diaphragme, accompagné d'une brusque expiration avec constriction de la glotte qui détermine un bruit rauque particulier. Ce syndrôme, réflexe gênant mais le plus souvent insignifiant et s'arrêtant seul, est chez certains malades nerveux excessivement rebelle; dans quelques maladies générales graves, il peut etre de cause toxique, empêcher le repos du malade et être, par sa persistance, une complication réellement redoutable. Le hoquet rebelle a fait plus d'une fois le désespoir des praticiens,

(1) Il est, en effet, donné *dix places* de plus au concours, soit 46 au lieu de 36.

qui ont bien souvent en vain épuisé pour l'arrêter toutes les ressources antispasmodiques de la pharmacologie. Souvent on a dû avoir recours aux applications électriques. Erb (1) a obtenu de brillants succès par des badigeonnages faradiques de l'épigastre. D'autres, prétend-il, ont arrêté instantanément un hoquet rebelle par la faradisation ou la galvanisation du nerf phrénique. En bien des cas, le traitement par l'application du pôle négatif à la nuque ou le passage transversal du courant galvanique par les apophyses mastoïdes peuvent être utiles, et il en serait de même de la vive excitation de la zone de distribution du nerf laryngé supérieur. Au Congrès de Neurologie de Bruxelles de 1897, M. Libotte rapportait de nombreux succès obtenus par l'application du pinceau faradique à la région cervicale postérieure (2).

D'autres procédés thérapeutiques furent encore préconisés. Leloir, en 1892, fit une communication à l'Académie des Sciences (3) sur la guérison du hoquet par la compression du phrénique gauche entre les attaches sterno-claviculaires du muscle sterno-cléido-mastoïdien. Cette compression doit durer environ trois minutes. Nothnagel a conseillé l'élévation de l'os hyoïde avec les doigts, procédé qui ne doit pas être des plus faciles à pratiquer.

En 1896, le Pr Lépine (de Lyon) publia le fait curieux d'une femme qui, atteinte d'un hoquet rebelle, fut guérie à sa leçon clinique, la malade ayant dû tirer la langue pendant un temps assez prolongé, pour en montrer aux élèves l'enduit saburral. M. Laborde qui faisait à cette époque des recherches physiologiques sur l'action des tractions rythmées de la langue et sur leur application au traitement de la mort apparente, rapporta dans la *Tribune Médicale* le fait du Pr Lépine, le rapprocha pour en expliquer l'action réflexe du procédé de Nothnagel et y adjoignit une observation personnelle du Dr Viaud (d'Agon-Coutainville) qui, fréquemment incommodé par le hoquet, l'arrêtait en moins d'une minute en opérant sur la langue une traction continue. M. Laborde conseillait donc la traction continue de la langue comme traitement de choix du hoquet (4).

Depuis nous avons eu plusieurs fois l'occasion de suivre les conseils de M. Laborde et nous n'avons jamais pu constater d'insuccès, malgré la persistance et la violence de certains cas de hoquet rebelle dont nous rapporterons seulement les deux plus intéressantes observations.

Dans l'un de ces cas, il s'agissait d'une fillette très nerveuse de 6 ans 1/2 environ, qui avait été plusieurs fois atteinte de crises convulsives. Cette enfant, en plein été, après déjeuner et durant un orage, fut prise d'un hoquet dont les spasmes devinrent de plus en plus violents et répétés. Les contractions du diaphragme duraient depuis six heures quand je fus appelé auprès de la malade ; elles étaient si violentes que l'enfant couchée sur un lit, se redressait à chaque convulsion et brusquement assise, malgré ses efforts pour rester immobile, se courbait fortement en avant. Elle retombait ensuite, exténuée, sur le dos et le même spasme se reproduisait après quatre ou cinq secondes de répit. Ces crises convulsives étaient tellement violentes que la famille considérait l'enfant comme perdue. La traction continue de la langue que je pratiquai durant une minute et demie environ calma ces convulsions comme par enchantement et le hoquet ne se reproduisit plus.

Dans un autre cas, il s'agissait d'un diabétique tuberculeux, en pleine cachexie, qui, depuis plusieurs jours, était atteint de dyspnée intense et d'un hoquet d'origine toxique; ce hoquet rebelle qui n'avait pu céder à aucune médication empêchait le malade de prendre le moindre repos. La traction continue de la langue durant deux minutes environ, calma le spasme, qui reparut quelques jours plus tard, mais fut arrêté par le même procédé mis en pratique par la garde-malade elle-même. Il nous serait facile de multiplier les exemples de ce genre, car le hoquet rebelle est assez fréquent, chez les phtisiques à la dernière période, par exemple. Nous avons cru bon de rappeler le procédé de la traction continue de la langue, parce qu'il est simple, que n'importe qui peut le mettre en pratique, qu'il n'exige aucun appareil et nous a toujours réussi. En le conseillant avec des exemples à l'appui, après M. Laborde, nous pensons rendre service à la fois aux malades et aux praticiens, évitant à ces derniers le recours à l'électrothérapie qui peut, nous n'en doutons pas, donner d'aussi bons résultats, mais exige des appareils qu'un médecin, surtout à la campagne, ne peut avoir sous la main et dont l'entourage du malade ne peut pas se servir. J. Noir.

(1) Erb. — *Traité d'Électrothérapie* (trad. de Rueff 1884).
(2) Voir *Progrès medical*, 1897, page 234.
(3) Académie des Sciences, 18 janvier 1892.
(4) Voir *Progrès médical*, 1895, page 315.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Le Cinquantenaire de la Société.

Le mercredi 27 décembre 1899, la Société de Biologie a célébré son cinquantenaire par une triple cérémonie : la pose d'une plaque commémorative sur un des murs du vieux laboratoire de Claude Bernard, un des fondateurs et le deuxième président de la Société. M. d'Arsonval qui occupa la chaire de médecine du grand physiologiste au Collège de France, prononça une allocution que nous analyserons plus loin. Dans l'amphithéâtre Richelieu, à la Sorbonne, sous la présidence du Ministre de l'Instruction Publique, M. Leygues, et du Professeur Bouchard, président actuel, séance solennelle où le rapport du secrétaire général et l'allocution du président se terminèrent par la distribution des rubans officiels. Enfin le soir un banquet au Grand-Hôtel.

Dans le laboratoire témoin de tant de découvertes de premier ordre, au Collège de France, en présence de plusieurs membres de la Société et de quelques invités, parmi lesquels Mme Paul Bert, Mme Gréhant et Mme Raffalowitch, M. d'Arsonval a prononcé l'allocution suivante :

« Ce n'est pas devant cette assemblee, ce n'est pas davantage en ce lieu plein de son souvenir que je dois rappeler ce que fut Claude Bernard. Le créateur de la physiologie générale, le fondateur de la médecine expérimentale laisse un nom qui, après avoir franchi les frontières, peut defier l'indifference des siècles. Chaque jour, en effet son œuvre nous apparaît plus grande, semblable à ces monuments

gigantesques, dont la vue découvre l'harmonie par un recul suffisant. On peut dire sans exagération qu'il est entré vivant dans l'immortalité. Vers la fin de sa carrière, où j'ai eu le bonheur de le connaître, tous les contradicteurs se trouvaient réduits au silence. Claude Bernard ne comptait plus que des admirateurs et quels admirateurs, Messieurs ! L'un disait : Cl. Bernard n'est pas seulement un physiologiste, c'est la physiologie ! Un autre poussait l'admiration jusqu'à la vénération au point de douter de lui-même quand il n'avait pas l'approbation du Maître. Ses admirateurs se nommaient Dumas ! ses élèves s'appelaient Pasteur. Au lendemain de la mort de Cl. Bernard, j'ai vu Pasteur pleurer de douleur et navré à la pensée que le Maître avait pu douter d'un point particulier de son œuvre alors que nous dépouillions ensemble les notes posthumes que vous connaissez sur la fermentation alcoolique. Si Cl. Bernard était un Maître, à la fois le plus grand et le plus simple des maîtres, il ne voulait pas qu'on le prît pour un chef d'école, faiseur de systèmes, de théories ; il lui déplaisait à voir ses élèves essayer de comprendre ses travaux ; il voulait, au contraire, suivant son expression, que nous cherchions à les démolir ; c'est que l'illustre physiologiste avait une qualité bien rare, le respect de la personnalité de ses élèves ; s'il découvrait chez l'un d'eux une pointe d'originalité, loin de vouloir l'entourer pour en faire un satellite brillant, il l'encourageait à persévérer dans la voie personnelle.

Laissez faire, disait-il un jour à un confrère qui blâmait cette tendance, « c'est en défrichant à côté, qu'on a chance d'élargir l'étroit sillon que nous traçons. » Il suivait avec assiduité les séances de la Société de Biologie, espérant surprendre chez les jeunes une étincelle vive, la trace du feu sacré. Il avait pour cette Société une affection toute paternelle, égale à son amour pour le Collège de France. La pieuse initiative qui a voulu que l'apposition de cette plaque précédât les fêtes de son cinquantenaire a répondu au vœu le plus secret du Collège de France et de la famille scientifique de Cl. Bernard que je représente en ce moment. Qu'il reçoive donc tous nos remerciements civiques, le gouvernement qui s'honore en honorant ce nom glorieux. Cette plaque est bien ici à sa place et ce petit laboratoire a bien le droit d'attirer l'attention du passant par les souvenirs illustres qui s'y rattachent. L'ombre de Cl. Bernard m'en voudrait certainement, si je ne rappelais en ce jour un nom qu'il ne sépara jamais du sien, celui de Magendie, et, par le même sentiment, permettez-nous d'ajouter celui de Brown-Séquard. Magendie, Cl. Bernard et Brown-Séquard, voilà le trépied inébranlable sur lequel repose la gloire de la chaire de médecine du Collège de France. En ravivant ces souvenirs glorieux, cette plaque apprendra aux étrangers qu'une nation qui peut inscrire de tels noms sur ses monuments, n'est pas en décadence ; aux indifférents et aux sceptiques que la science médicale ne fit jamais faillite au Collège de France. Enfin à ceux qui auront pour mission de continuer cet enseignement, cette plaque rappellera que ce modeste laboratoire fut toujours un sanctuaire consacré à la science pure et désintéressée, une sorte de temple où jamais vendeur ne pénétra. »

M. GLEY, secrétaire général, a retracé, à la Sorbonne, l'œuvre de la Société marquant sa place dans l'évolution des sciences biologiques, montrant le caractère *positiviste* de toutes les questions qui ont été abordées par les différents membres aux diverses époques.

M. LEYGUES a remercié les savants étrangers, a loué les savants biologistes de leurs travaux, et a nommé officier de la Légion d'honneur M. le Professeur MATHIAS DUVAL ; chevalier M. GRÉHANT, le modeste et savant chimiste ; officier de l'Instruction publique M. CAPITAN, le dévoué secrétaire. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 2 janvier 1900. — PRÉSIDENCE DE M. LE Pr PANAS.

Causes de la myopie.

M. JAVAL signale au nom de M. ROLLAND plusieurs causes de myopie : le travail à la lumière artificielle surtout avec un éclairage insuffisant, l'écriture penchée substituée à l'écriture droite.

La nucléose.

M. BOVET étudie la nucléose tirée des nucléo-albumines d'origine végétale. Cette substance est non seulement un aliment. Elle a une action diurétique et bactéricide la rendant utile dans les intoxications alimentaires et dans l'urémie.

La Commission de la *prophylaxie de la syphilis par le traitement* est composée ainsi qu'il suit : MM. Fournier, Brouardel, Napias, Colin, H. Monod, Hallopeau, Fernet, Guyon. Panas et Pinard. A.-F. PLICQUE.

LISTE DES PRIX DÉCERNÉS EN 1900, 1901, 1902.

RÈGLEMENT. — Les concours des prix de l'Académie de Médecine sont clos tous les ans fin février. Les ouvrages adressés pour ces concours devront être écrits lisiblement, en français ou en latin. En général ils seront accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresses des auteurs.

Tout concurrent qui se fera connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. Toutefois les concurrents aux prix Amussat, Audiffred, Baillarger, Barbier, Charles Boullard, Bourceret, Buignet, Buisson, Campbell Dupierris, Chevallier, Chevillon, Clarens, Desportes, Godard, Théodore Herpin (de Genève), Hugo, Huguier, Itard, Jacquemier, Laborie, baron Larrey, Henri Lorquet, Meynot, Monbinne, Nativelle, Perron, Ricord, Saint-Lager, Saintour, Stanski et Vernois pouvant adresser à l'Académie des travaux *manuscrits* ou *imprimés*, sont exceptés de cette dernière disposition.

Les ouvrages présentés par des étrangers sont admis au concours, à l'exception des prix Buignet, Chevallier, Huguier et Roger.

Les mémoires présentés au concours pour les services généraux des eaux minérales, des épidémies, de l'hygiène de l'enfance et de la vaccine, travaux faits en dehors des questions posées pour les prix, doivent être adressés à l'Académie tous les ans, avant le 1er juillet.

Les manuscrits, imprimés, instruments, etc., soumis à l'examen de l'Académie, ne seront pas rendus aux auteurs.

Les prix seuls donnent droit au titre de lauréat de l'Académie de Médecine ; les encouragements, récompenses et mentions honorables n'y donnent pas droit.

Le même ouvrage ne pourra pas être présenté la même année à deux concours à l'Académie de Médecine.

ANNÉE 1900.

Prix de l'Académie : 1.000 fr. — Question : *De la médication par les sucs organiques.*

Prix Alvarenga de Piauhy (Brésil) : 800 francs. — Ce prix sera distribué à l'auteur du meilleur mémoire ou œuvre inédite (dont le sujet restera au choix de l'auteur), sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Baillarger : 2.000 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics et privés consacrés aux aliénés. Les mémoires des concurrents devront être divisés en deux parties. Dans la première, ils exposeront, avec observations cliniques à l'appui, les recherches qu'ils auront faites sur un ou plusieurs points de thérapeutique. Dans la seconde, ils étudieront, séparément pour les asiles publics et pour les asiles privés, par quels moyens et au besoin par quels changements dans l'organisation de ces asiles on pourrait faire une part plus large au traitement moral individuel.

Prix Barbier : 2.000 francs. — Ce prix sera décerné à celui qui aura découvert les moyens complets de guérison pour les maladies reconnues incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra morbus, etc. Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué, s'en seront le plus approchés.

Prix Charles Boullard : 1.200 francs. — Ce prix sera décerné au médecin qui aura fait le meilleur ouvrage et obtenu les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales, en en arrêtant ou en en atténuant la marche terrible.

Prix Mathieu Bourceret : 1.200 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur qui aura fait le meilleur ouvrage ou les meilleurs travaux sur la circulation du sang.

Prix Henri Buignet : 1 500 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur les applications de la physique et de la chimie aux sciences médicales Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. Le prix ne sera pas partagé ; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1.500 francs sera reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3.000 francs pourrait être partagée en deux prix de 1.500 francs chacun.

Prix Campbell Dupierris : 2.300 francs. — Ce prix sera décerné au meilleur ouvrage sur les anesthésies ou sur les maladies des voies urinaires.

Prix Capuron. — Question : *Du traitement hydrominéral des albuminuries.*

Prix Marie Chevalier : 6 000 fr. — Ce prix sera décerné à l'auteur français du meilleur travail publié dans l'intervalle de chaque période triennale, sur les origines, le développement ou le traitement, soit de la phtisie pulmonaire, soit des autres tuberculoses.

Prix Chevillon : 1.500 fr. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des affections cancéreuses.

Prix Civrieux : 800 francs. — Question : *Les délires dans la paralysie générale.*

Prix Clarens . 400 francs. — Ce prix, qui ne pourra être partagé, sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur l'hygiène.

Prix Daudet : 1.000 francs. — Question : *Résultats du traitement chirurgical du cancer des ovaires.*

Prix Desportes : 1.300 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

Prix Falret : 700 francs. — Question : *Les formes cliniques de la neurasthénie. Leur traitement.*

Prix Ernest Godard : 1.000 francs. — Au meilleur travail sur la pathologie interne.

Prix Théodore Herpin (de Genève) : 300 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

Prix Itard : 2.400 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur livre de médecine ou de thérapeutique appliquée. Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

Prix Laborie : 5.000 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie

Prix du baron Larrey : 500 francs. — Ce prix, qui ne pourra être divisé que dans des cas exceptionnels, sera attribué à l'auteur du meilleur travail de statistique médicale.

Prix Laval : 1.000 francs. — Ce prix devra être décerné chaque année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. Le choix de cet élève appartient à l'Académie de Médecine.

Prix Henri Lorquet ; 300 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme) : 2.000 fr. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies de l'oreille.

Prix Adolphe Monbinne : 1.500 francs. — M. Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1.500 francs, destinée « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire. Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra employer le montant, soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance à son appréciation et suivant ses besoins. »

Prix Nativelle : 300 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire ayant pour but l'extraction du principe actif défini, cristallisé, non encore isolé, d'une substance médicamenteuse.

Prix Orfila : 2.000 francs. — Question : *Alcaloïdes de la belladone, de la jusquiame et du datura.* « Chacune de ces questions devra être envisagée sous les points de vue de la physiologie, de la pathologie, de l'anatomie pathologique, de la thérapeutique et de la médecine légale. — Ainsi, que deviennent ces poisons après avoir été absorbés; dans quels organes séjournent-ils; à quelle époque sont-ils éliminés et par quelles voies; quels troubles amènent-ils dans les fonctions; quels sont les symptômes et les lésions organiques qu'ils provoquent; quelle est leur action sur les fluides de l'économie animale et, en particulier, sur le sang; quel mode de traitement doit-on préférer pour combattre leurs effets ; enfin, et ceci est le plus important, quelle est la marche à suivre pour déceler ces toxiques *avant la mort*, soit dans les matières vomies ou dans celles qui ont été rendues par les selles, soit dans l'urine et dans d'autres liquides excrétés, ainsi que dans le sang? Après la mort, la recherche médico-légale de ces toxiques devra avoir lieu dans le canal digestif, dans les divers organes, dans l'urine et dans le sang; il faudra également indiquer l'époque de l'inhumation passé laquelle il n'est plus possible de les déceler. »

Prix Oulmont : 1.000 francs. — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel de l'Internat (Chirurgie).

Prix Perron : 3.800 francs. — Ce prix, qui pourra être partagé, sera décerné à l'auteur du mémoire le plus utile au progrès de la médecine.

Prix Portal : 600 francs. — Question : *Anatomie pathologique des salpingites dans leurs rapports avec les causes productrices.*

Prix Pourat : 700 francs. — Question : *De la tension sanguine intra-vasculaire.*

Prix Saint-Lager : 1.500 francs. — Extrait de la lettre du fondateur.

« Je propose à l'Académie une somme de 1.500 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration aux animaux de substances extraites des eaux ou des terrains à endémies goitreuses. » Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la Commission académique.

Prix Saintour : 4.400 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Stanski : 1.400 francs. — Ce prix sera décerné à celui qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance. Si l'Académie de Médecine ne trouvait pas un travail sous ce rapport digne de cette récompense, elle l'accordera à celui qui, dans le courant des deux années précédentes, aura le mieux éclairé une question quelconque relative à la contagion dans les maladies incontestablement contagieuses, c'est-à-dire inoculables.

Prix Vernois : 700 francs. — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

Année 1901.

Prix de l'Académie : 1.000 francs — Question : *L'épilepsie partielle au point de vue clinique et expérimental.*

Prix Alvarenga de Piauhy (Brésil) : 800 francs. — Ce prix sera distribué à l'auteur du meilleur mémoire ou œuvre inédite (dont le sujet restera au choix de l'auteur) sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Barbier : 2.000 francs. — Ce prix sera décerné à celui qui aura découvert les moyens complets de guérison pour les maladies reconnues incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra morbus, etc. Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés.

Prix Mathieu Bourceret : 1.200 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur qui aura fait le meilleur ouvrage ou les meilleurs travaux sur la circulation du sang.

Prix Henri Buignet : 1.500 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés ; seront seuls exclus les ouvrages faits par les étrangers et les traductions. Le prix ne sera pas partagé ; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1.500 francs serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3.000 francs pourrait être partagée en deux prix de 1.500 francs chacun.

Prix Adrien Buisson : 10.500 francs. — Le prix sera décerné à l'auteur des meilleures découvertes ayant pour résultat de guérir des maladies reconnues jusque-là incurables dans l'état actuel de la science.

Prix Capuron : 1.000 francs. — Question : *De la rigidité du col de l'utérus pendant l'accouchement, en dehors de celle qui est causée par le cancer et par les corps fibreux.*

Prix Chevillon : 1.500 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des affections cancéreuses.

Prix Civrieux : 800 francs. — Question : *Du rôle de l'alcool en pathologie mentale.*

Prix Clarens : 400 francs. — Ce prix, qui ne pourra être partagé, sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur l'hygiène.

Prix Daudet 1.000 francs. — Question : *Des meilleures méthodes chirurgicales à opposer au cancer du sein.*

Prix Desportes : 1.300 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeuthique médicale pratique.

Concours Vulfranc Gerdy. — Le legs Vulfranc Gerdy est destiné à entretenir près des principales stations minérales de France ou de l'étranger, des élèves en médecine, nommés à la suite d'un concours ouvert devant l'Académie de Médecine L'Académie met au cours deux places de stagiaires aux Eaux minérales. Les candidats devront se faire inscrire au siège de l'Académie de Médecine ; la liste d'inscription sera close le 1er décembre 1901. Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er mai 1902. Une somme de 1.500 francs sera attribuée à chaque stagiaire.

Prix Ernest Godard : 1.000 francs. — Au meilleur travail sur la pathologie externe.

Prix Théodore Herpin (de Genève) : 3.000 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

Prix Hugo : 1.000 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur un point de l'histoire des sciences médicales.

Prix Huguier : 3.000 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé en France, *sur les maladies des femmes et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections* (non compris les accouchements). Il n'est pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. Ce prix ne sera pas partagé.

Prix Jacquemier : 1.700 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail sur un sujet d'obstétrique qui aurait réalisé un progrès important. Ce travail devra être publié au moins six mois avant l'ouverture du concours.

Prix Laborie : 5.000 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie.

Prix du baron Larrey : 500 francs. — Ce prix, qui ne pourra être divisé que dans des cas exceptionnels, sera attribué à l'auteur du meilleur travail de statistique médicale.

Prix Laval : 1.000 francs. — Ce prix devra être décerné chaque année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. Le choix de cet élève appartient à l'Académie de Médecine.

Prix Henri Lorquet : 300 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

Prix Louis : 3.000 francs. — Question : *Des médications thyroïdiennes.*

Prix Mège : 900 francs. — Question : *Pathogénie de l'ulcère simple de l'estomac.*

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drome) : 2.600 fr. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux.

Prix Adolphe Monbinne : 1.500 francs. — M. Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1.500 francs destinée « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire. Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant, soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance à son appréciation et suivant ses besoins. » Les candidats qui solliciteraient des avances en vue d'une mission, adresseront leur demande au président de l'Académie ; ils seront invités à fournir, à la Commission du prix, des renseignements sur la mission projetée.

Prix Nativelle : 300 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire ayant pour but l'extraction du principe actif défini, cristallisé, non encore isolé, d'une substance médicamenteuse.

Prix Oulmont : 1.000 francs. — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'Internat. — (Médecine).

Prix Portal : 600 francs — Question : *Des lésions des centres nerveux causées par la toxine tétanique.*

Prix Pourat : 700 francs. — Question : *La circulation du sang dans le poumon.*

Prix Philippe Ricord : 600 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage, paru dans les deux ans, sur les maladies vénériennes.

Prix Vernois : 700 francs. — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

ANNÉE 1902.

Prix de l'Académie : 1.000 francs. — Question : *Des toxines en pathologie.*

Prix Alvarenga (de Piauhy, Brésil) : 800 francs. — Ce prix sera distribué à l'auteur du meilleur mémoire ou œuvre inédite (dont le sujet restera aux choix de l'auteur) sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Amussat : 1.000 francs. — Ce prix, qui peut être partagé, sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches, basées simultanément sur l'anatomie et l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Ne seront point admis au concours pour le prix de chirurgie expérimentale les travaux qui auraient antérieurement obtenu un prix ou une récompense, soit à l'un des concours ouverts sous un autre titre à l'Académie de Médecine, soit à l'un des concours de l'Académie des Sciences de l'Institut.

Mais ceux qui n'auraient obtenu que des encouragements pourront être admis, à la condition d'avoir été depuis poursuivis et complétés.

Le sujet du travail restera au choix de l'auteur.

Prix Baillarger : 2.000 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics et privés consacrés aux aliénés.

Les mémoires des concurrents devront toujours être divisés en deux parties. Dans la première, ils exposeront, avec observations cliniques à l'appui, les recherches qu'ils auront faites sur un ou plusieurs points de thérapeutique. Dans la seconde, ils étudieront séparément, pour les asiles publics et pour les asiles privés, par quels moyens, et au besoin par quels changements dans l'organisation de ces asiles, on pourrait faire une part plus large au traitement moral et individuel.

Prix Barbier : 2.000 francs. — Ce prix sera décerné à celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour les maladies reconnues incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra morbus, etc.

Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés.

Prix Charles Boullard : 1.200 francs. — Ce prix sera décerné au médecin qui aura fait le meilleur ouvrage et obtenu les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales, en en arrêtant ou en en atténuant la marche.

Prix Mathieu Bourceret : 1.200 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur qui aura fait le meilleur ouvrage ou les meilleurs travaux sur la circulation du sang.

Prix Henri Buignet : 1.500 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales.

Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions.

Le prix ne sera pas partagé ; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1.500 francs serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3.000 francs pourrait être partagée en deux prix de 1.500 francs chacun.

Prix Campbell Dupierris : 2.300 francs. — Ce prix sera décerné au meilleur ouvrage sur les anesthésies ou sur les maladies des voies urinaires.

Prix Capuron : 1.000 francs. — Question : *Rapports des tumeurs fibreuses de l'utérus avec la grossesse.*

Prix Chevillon : 1.500 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des affections cancéreuses.

Prix Civrieux : 800 francs. — Question : *Des diverses formes de la démence.*

Prix Clarens : 400 francs. — Ce prix, qui ne pourra être partagé, sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur l'hygiène.

Prix Daudet : 1.000 francs. — *Les travaux adressés pour ce concours devront porter sur une des maladies reconnues incurables jusqu'à ce jour et plus spécialement sur les tumeurs.*

Prix Desportes : 1.300 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

Prix Falret : 700 francs. — Question : *Des somnambulismes.*

Prix Ernest Godard : 1.000 francs. — Au meilleur travail sur la pathogénie interne.

Prix Herpin (de Metz) : 1.200 francs. — Question : *Traitement abortif du tétanos.*

Prix Théodore Herpin (de Genève) : 3.000 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

Prix Laborie : 5 000 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie.

Prix du baron Larrey : 500 francs. — Ce prix, qui ne pourra être divisé que dans des cas exceptionnels, sera attribué à l'auteur du meilleur travail de statistique médicale.

Prix Laval : 1.000 francs. — Ce prix devra être décerné chaque année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant.

Le choix de cet éleve appartient à l'Academie de Medecine.

Prix Lefèvre : 1.800 francs. — Question : *De la mélancolie*

Prix Henri Lorquet : 300 francs. — Ce prix sera decerne à l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

Prix Meynot ainé père et fils (de Donzère, Drome) : 2.600 fr. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies de l'oreille.

Prix Adolphe Monbinne : 1.500 francs. — M. Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1.500 francs, destinée « á subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire.

« Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant, soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins. »

Les candidats qui solliciteraient des avances en vue d'une mission adresseront leur demande au president de l'Académie; ils seront invités à fournir à la commission du prix des renseignements sur la mission projetée.

Prix Nativelle : 300 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire ayant pour but l'extraction du principe actif défini, cristallisé, non encore isolé, d'une substance médicamenteuse.

Prix Oulmont : 1.000 francs. — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'Internat. — (Chirurgie).

Prix Portal : 600 francs. — Question : *Etudier sur les animaux l'inoculation et la contagion du cancer.*

Prix Pourat : 700 francs. — Question : *Fournir des documents expérimentaux propres à éclairer la question de la destination, immédiate ou éloignée, des aliments albuminoïdes.*

Prix Saintour : 4 400 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprime, sur n'importe quelle branche de la medecine.

Prix Stansky : 1.400 francs. — Ce prix sera décerné à celui qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance.

Si l'Academie de Médecine ne trouvait pas un travail sous ce rapport digne de cette récompense, elle l'accordera à celui qui, dans le courant des deux annees précédentes, aura le mieux éclairé une question quelconque relative à la contagion dans les maladies incontestablement contagieuses, c'est-à-dire inoculables. (Extrait du testament.)

Prix Vernois : 700 francs. — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE DE PARIS.

Séance de décembre 1899.

Hernie ombilicale.

M. Porak présente un cas de hernie ombilicale opérée une heure après la naissance, guérison.

M. Audion présente un enfant qui était atteint d'une hernie ombilicale embryonnaire grosse comme une prune.

La réduction du point hernié fut facile. Il contenait un peu d'intestin et un fragment du bord inférieur du foie.

M. Porak fit une suture à trois places qui parut amener une guérison complète; cependant il produisit secondairement une éventration légère sous l'influence de la toux et des cris.

Fœtus extra-amniotique.

M. Maygrier montre le moulage d'un fœtus qui est sorti à 5 mois de l'amnios et qui a continué à vivre seulement dans le chorion.

Observation et présentation de préparations hystologiques relatives à un cas de respiration intra-utérine.

MM. Bonnoir et Demay. — Il s'agit d'une femme qui présentait une grossesse gémellaire dont le premier fœtus est né spontanément et vivant. Quand la malade fut amenée à l'hopital par la sage-femme qui avait constaté une présentation de l'épaule pour le deuxième fœtus, les membranes du deuxième œuf étaient rompues depuis 2 heures.

M. Bar fit l'embryotomie sur ce deuxième fœtus qui était mort par décollement du placenta avant toute tentative de version. L'utérus était encore trés volumineux par suite d'une hémorragie rétro-placentaire très abondante : on crut un moment à une grossesse trigémellaire. L'autopsie du deuxième jumeau montra que les 2 poumons étaient colorés de façon différente. Le poumon droit avait un peu respiré mais ne surnageait pas dans l'eau. Le poumon gauche avait respiré partout, il flottait nettement. Cette observation est intéressante en ce qu'il s'agit de respiration fœtale spontanée, alors qu'on ne peut invoquer le soulèvement des côtes par des tractions sur le bras droit.

M. Bar insiste sur ce qu'il s'agit, dans ce cas, d'un enfant qui a respiré largement.

M. Oudin montre quelle grande importance médico-légale présentent les faits de ce genre. L'épreuve de la surnage du poumon serait donc en défaut dans ce cas particulier.

Grossesse tubaire ayant déterminé une hémorragie cataclysmique qui nécessita une laparotomie. Mort.

M. Lop. — Un des points intéressants de cette observation est que cette grossesse tubaire fut prise pendant longtemps pour une appendicite.

Rupture de la paroi postérieure gauche du vagin et du ligament large après des tentatives de version. Embryotomie. Hystérectomie abdominale totale. Mort au neuvième jour.

MM. Barnsby et Mercier (de Tours) rapportent une observation qui est un exemple frappant de traumatismes graves au cours de la version. Quant à la pathogénie de cet accident elle n'est pas tranchée. Peut-être est-il dû seulement à ce que le fond de l'utérus n'a pas été maintenu. L'hystérectomie abdominale totale à été tentée pour la première fois dans ces cas par Prieur (de New-York). Elle est certainement trés rationnelle.

Présentation de l'épaule. Déchirure utérine et vésicale. Version. Laparotomie. Hystérectomie abdominale totale. Suture et drainage de la vessie. M. Fournier (d'Amiens).

Discussion sur un cas de paraplégie obstétricale exposé dans la séance précédente.

M. Budin considère que dans l'observation de MM. Gilbert-Ballet et Henry Bernard, il s'agit réellement d'une paralysie traumatique qui est la conséquence d'une application de forceps. Il rapporte à ce sujet l'observation d'une femme qui eut une paralysie à la suite de son premier accouchement. Cette paralysie réapparut à tous ses accouchements suscessifs, alors cependant qu'on n'avait relevé chez cette malade aucun des stigmates de l'hystérie. Du reste ces cas ne seraient pas absolument rares, surtout à la suite d'application de forceps avec le secret, par suite de la compression exercée par le bec des cuillers qui déborde la tête

Cas curieux d'avortement criminel.

M. Brindeau. — La femme dont il s'agit s'est présentée à la Charité en octobre dernier dans un état très grave. L'hémorragie avait été trés abondante chez elle et la température était à 38°,5 à son arrivée. Au toucher on trouvait au fond du vagin une ouverture irrégulière qui aprés avoir traversé la face postérieure du col conduisait dans la cavité utérine. On arrivait ainsi sur un œuf de deux mois complètement décollé. A l'aide d'une valve de Sims on peut se rendre compte que le vagin avait été désinséré sur une largeur de 5 centimètres. L'instrument avait ensuite déchiré la face postérieure du col pour pénétrer dans la cavité utérine. L'orifice externe du col etait absolument normal sans trace d'aucun traumatisme. On pratiqua le curage digital á travers la brèche ainsi faite et quelque temps après on sutura la plaie vagino-cervicale. Ce qu'il y a d'étonnant dans cette observation c'est que l'instrument, aprés avoir ouvert le cul-de-sac postérieur n'ait pas traversé le péritoine. Il a été dirigé de telle façon qu'aprés avoir désinséré le vagin il a penetré dans l'utérus en traversant la face postérieure du col.

Hypertrophie numérique du muscle grand droit antérieur de l'abdomen chez la femme enceinte.

M. G. Durante. — Des recherches faites á la Maternité, dans le service du Dr Porak, nous ont permis de constater que : alors que les muscles soulevés et distendus par des tumeurs

de voisinage dégénèrent et s'atrophient plus ou moins complètement, les muscles de la paroi abdominale, refoulés par l'utérus gravide, ne subissent, par ce fait, aucune dégénérescence. L'amincissement qu'ils présentent est moins considérable que ne le comporterait leur étalement par distension. Leur *volume total* est plutôt *augmenté* que diminué. Il y a hypertrophie vraie.

On a jusqu'ici dénié à la fibre musculaire la possibilité de se multiplier et de se diviser sans dégénérer, alors qu'elle a acquis son complet développement.

Dans la coupe du muscle grand droit antérieur prélevée chez des femmes à terme mortes subitement par hémorragie, embolie pulmonaire, etc., etc., on constate très nettement des fibres en voie de division longitudinale. Cette division se fait en un point quelconque de l'épaisseur de la fibre. Au moment où cette division s'effectue, on remarque à ce niveau une augmentation légère des noyaux entourés d'un épaississement notable du sarcoplasma, mais la *striation demeure parfaitement intacte, il n'y a pas de symptômes de dégénérescence*. Par contre les fibres qui se divisent sont généralement plus larges que les autres. Cette division peut s'effectuer sur une plus ou moins grande longueur, donnant lieu à des fibres en Y, elle peut se répéter plusieurs fois sur une même fibre en formant des fibres en N et en M, elle peut, enfin, s'étendre d'un bout à l'autre de la fibre, mais il serait difficile de prouver que deux fibres voisines sont issues d'une seule fibre divisée, si ailleurs on ne surprenait le processus en voie d'évolution.

Dans ces phénomènes de division la substance striée, le myoplasme demeure intact, n'a qu'un rôle passif. C'est le *sarcoplasma* ou protoplasma non différencié qui joue ici le rôle actif. Il y a d'abord un épaississement léger du sarcoplasma en un point, au niveau duquel les noyaux se multiplient. Ce sarcoplasma s'hyperplasie suivant une ligne longitudinale en pénétrant comme un coin dans la fibre. A ce niveau la fibre se fend de telle façon que chaque portion de fibre ainsi séparée se trouve revêtue par une mince couche de sarcoplasma contenant des noyaux. Enfin la gaine de sarcolemme se complète à son tour.

Il s'agit ici d'un *retour à l'état embryonnaire* d'une *régression embryonnaire* du sarcoplasma seul avec intégrité du myoplasma. Cette régression embryonnaire vite limitée, demeure *partielle*, n'aboutit pas à la formation de cellules distinctes comme dans d'autres altérations entraînant l'atrophie et la disparition de l'élément.

Cette régression embryonnaire partielle ne détermine qu'une simple multiplication de fibres musculaires par division longitudinale. L'existence de ce processus nous permet de dire que dans le cas particulier existe une hypertrophie numérique vraie par augmentation du nombre des fibres striées.

Régression embryonnaire totale dans le muscle d'un enfant atteint de pied bot paralytique congénital.

MM. G. Durante et L. Courtillier. — Le pied bot paralytique congénital relève, ainsi que nous avons eu l'occasion de le montrer antérieurement, d'une altération de la moelle variable, quant à son intensité et son époque d'apparition. Les muscles des enfants atteints de pied bot congénital ne présentent pas toujours de lésions évidentes.

Tantôt ils paraissent sains, tantôt ne montrent que des fibres en dégénérescence graisseuse. Dans un cas que nous avons eu l'occasion d'étudier au laboratoire du Dr Porak à la Maternité, les lésions étaient plus complexes. Les muscles répondant au pied bot étaient pâles, jaunâtres, mous et atrophiés.

Sur les coupes les noyaux musculaires considérablement multipliés, empêchaient de distinguer nettement l'état des fibres musculaires en détail. Par dissociation, au contraire, on pouvait constater que les fibres contractiles, au lieu d'être représentées par des éléments régulièrement cylindriques et largement striés, ne présentaient, à un faible grossissement plus aucune triation nette. A un fort grossissement on pouvait s'assurer qu'elles étaient constituées par des cellules fessiformes plus ou moins régulières chacune chargée d'un noyau central imbriquées les unes à côté des autres et remplissant exactement ainsi les gaines de sarcolemme ainsi que le montraient les coupes transversales. Quelques-unes de ces cellules mais pas toutes, étaient en voie de dégénérescence graisseuse au début, et un certain nombre présentaient encore des traces de striation.

Le muscle étant paralysé et en voie de disparition par atrophie, on ne peut guère admettre qu'il s'agisse ici de phénomène de régénération de fibres dégénérées. Nous croyons qu'il s'agit ici d'une véritable *régression embryonnaire totale*. Nous savons, en effet, par suite des travaux de Volkmann, Krössing, etc., etc. que dans la voisinage de tumeurs, en particulier les fibres musculaires en voie d'atrophie peuvent donner naissance par leur sarcoplasma à des cellules distinctes qui dégénèrent, disparaissent et entraînent ainsi la disparition de la fibre.

Le processus nous paraît être, dans cette observation, du même ordre, mais au lieu de n'intéresser qu'une partie de l'élément, la transformation cellulaire se serait faite simultanément dans toute l'étendue de la fibre striée.

La nature même de ces altérations musculaires est, du reste, en rapport avec leur origine médullaire.

Eclampsie ; mort par hémorragie bulbaire.

MM. Maygrier et Chavane. — Il s'agit d'une primipare qui fut hospitalisée à la clinique, et chez laquelle on avait trouvé quelques traces d'albumine qui disparurent sous l'influence du régime lacté. Cette femme, qui avait cessé tout régime, fut prise brusquement d'une attaque d'éclampsie, alors que l'examen des urines pratiqué la veille n'avait permis de déceler aucune trace d'albumine. Elle a eu quatre attaques d'éclampsie à la suite desquelles on constata des flots d'albumine. La mort survint brusquement. On fit l'accouchement forcé, qui permit d'avoir un enfant vivant, mais qui succomba bientôt. A l'autopsie on constata une hémorragie bulbaire en nappe ayant envahi également le quatrième ventricule.

M. Bar fait remarquer que les hémorragies bulbaires ne sont pas très rares et que les cas d'hémorragie cérébrale peuvent exister chez les albuminuriques sans qu'il y ait eu d'attaque d'éclampsie, ainsi que le démontrent un certain nombre de ses observations personnelles. H. C.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 27 décembre. — Présidence de M. Landouzy.

La Société procède à l'élection de son bureau pour 1900. Sont nommés : président, M. Laveran; vice-présidents, MM. Dellouet, Huet, Letrille, Richard.

M. Trélat présente à la Société un livre sur la *Salubrité*.

M. Prompt. — *L'hygiène de l'enfance*. Il s'agit des enfants âgés de moins d'un an, placés en nourrice. L'enfant syphilitique devait être donné autrefois à une nourrice; c'était l'avis de Déday, de Fournier : aujourd'hui l'alimentation par le lait stérilisé donne d'excellents résultats et doit être recommandée. Il est à remarquer que l'Assistance publique confie à des nourrices des enfants syphilitiques ; parfois elle prévient la nourrice; mais souvent elle ne dit rien, parce qu'elle ne sait pas si véritablement l'enfant qu'elle confie est syphilitique ou non. Le règlement administratif de 1852 engage le médecin qui s'aperçoit d un de ces cas de contagion d'une nourrice par un nourrisson de ne pas dire à la nourrice sa maladie, de manière à se garder des poursuites.

M. Ledé montre que la contamination des nourrices par les nourrissons est très rare; ainsi en France il n'y a, par année, que 3 ou 4 cas de ces contaminations, il serait bien exagéré de mettre au lait stérilisé les 80.000 enfants assistés.

M. Drouineau. — *L'année démographique* 1898. Les naissances ont été supérieures aux décès de 33 860. Dans 48 départements il y a eu un excédent de décès et 39 à excédents de naissances. La mortalité pendant cette année a augmenté; elle était de 212 en 1897 ; elle est de 221 en 1898. Et cependant on ne peut incriminer les épidémies générales ou locales. L'immigration étrangère est plus riche en hommes qu'en femmes. En somme, la situation est médiocre pour la natalité, assez bonne pour la mortalité. Martha.

REVUE D'ÉLECTROTHÉRAPIE

Rédacteur spécial : Dr L.-R. RÉGNIER.

I. — **Electrité médicale** ; par MM. Félix et André LUCAS (Ch. Béranger, édit.)

I. — Cet important ouvrage de près de 400 pages a été destiné par les auteurs à remémorer aux médecins certaines connaissances physiques mathématiques et thérapeutiques qu'ils ont déjà possédées ou à les compléter sur certains points et on peut dire que leur but a été parfaitement atteint. Le volume est divisé en deux parties : la première toute de physique rédigée par M. Félix Lucas ingénieur, comprend trois chapitres correspondant à l'électricité statique, aux courants voltaïques et aux courants d'induction. La seconde due à la collaboration de M. Félix Lucas et de M. le Dr André Lucas, contient la description détaillée des appareils électromédicaux et les indications relatives à leur emploi pour le diagnostic et la thérapeutique. Ecrit dans un style clair, agrémenté de nombreuses figures ce volume sera lu facilement et avec plaisir par tous ceux qu'intéressent les applications médicales de l'électricité.

II. — **Commentarios de los leyes de Ohm**; par le Dr MORAGA PORAS. (Santiago du Chili, 1899).

II. — Les médecins aussi bien que les industriels doivent connaître les lois de Ohm s'ils veulent pouvoir régler scientifiquement, la force, l'intensité, la densité du courant et la résistance du circuit. L'auteur dans son premier chapitre rappelle d'abord ce que sont les unités électriques. Il explique ensuite les différentes lois de Ohm relatives à l'intensité du courant, à ses rapports avec la résistance et avec la surface des conducteurs; puis celles qui concernent la résistance, la force électromotrice, à la quantité d'électricité traversant les conducteurs, la densité et termine par les applications à l'électrolyse; à l'endoscopie et à la radioscopie. Un dernier chapitre est réservé aux applications industrielles.

III. — **Note sur une lampe électrique à arc pour la laryngoscopie** ; par E. LOMBARD, assistant de laryngologie à Lariboisière et A. MOLTENI.

III. — L'appareil se compose d'une lampe à projection adaptée pour recevoir une lampe à arc à réglage automatique. Cette lampe est fixe sur un socle et munie sur une de ses faces d'un condensateur. La distance des deux foyers conjugués à la lentille est de 18 centimètres. Pour que le réglage automatique de la lampe fonctionne bien il est nécessaire que celle-ci soit fixe. Pour obtenir le déplacement du faisceau lumineux dans toutes les directions on reçoit les rayons qui ont traversé le condensateur avant leur convergence sur un miroir plan incliné à 45° qui les réfléchit perpendiculairement à leur direction première. Ainsi la lumière peut passer par dessus l'épaule de l'opérateur qui tourne le dos au miroir. Celui-ci est mobile dans sa monture autour d'un axe horizontal, la monture elle-même pouvant se déplacer dans le sens vertical. Ces deux mouvements sont commandés par une vis de rappel placée à l'extrémité du levier qui entraine la monture autour de l'axe vertical. Le miroir étant situé à quatre mètres du malade un faible déplacement de la vis détermine une extension assez considérable du faisceau lumineux. On fait varier l'intensité lumineuse et les dimensions du champ à l'aide de diaphragmes. Cette lampe a les avantages suivants : graduation facile de l'intensité de la lumière, orientation rapide des rayons lumineux, fixité absolue de l'éclairage grâce au réglage automatique.

IV. — **La mort par les courants électriques** ; par J.-L. PRÉVOST et F. BATELLI. (*Revue méd. de la Suisse Romande*, sept. et oct. 1899.)

IV. — Cet important mémoire contient les expériences des auteurs sur cette question si intéressante et encore controversée, ainsi que des observations faites sur les électrocutés en Amérique et sur les relations des accidents survenus aux ouvriers électriciens. Ils tirent de cette triple étude les conclusions suivantes : 1° Le cœur chez l'homme se comporte comme celui des animaux : il est paralysé en trémulations ventriculaires par un courant à basse tension ; 2° la mort de l'homme dans les accidents de l'industrie électrique ne peut être attribuée à l'arrêt de la respiration considéré comme cause immédiate, elle est due à la paralysie primitive du cœur; 3° les courants à haute tension, lorsque les contacts sont bons et que le cœur se trouve sur la ligne de flux des électrodes ne le paralysent plus; dans ce cas la respiration se rétablit ainsi qu'on l'a observé chez les électrocutés en Amérique; 4° dans l'industrie électrique, les contacts sont toujours plus ou moins mauvais ; pour cette raison les courants à haute tension agissent comme les courants à basse tension et amènent la mort par paralysie du cœur; 5° la différence dans les résultats (mortels ou non) des accidents graves de l'industrie électrique peut être expliquée de deux manières : ou bien que la durée du contact a été trop courte pour provoquer les trémulations ventriculaires ou bien que la paralysie du cœur de l'homme n'est pas toujours définitive.

V. — **Installation et fonctionnement du Laboratoire de radiographie de l'hôpital du Val-de-Grâce** ; par le Dr Ed. LOISON, médecin-major de 2e classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce. (*Archives de Médecine et de Pharmacie militaires*, mai 1899.)

V. — Après une courte introduction, l'auteur décrit successivement le local et les instruments employés. Le local est divisé en deux pièces, l'une claire contenant les instruments, l'autre obscure pour la skiascopie et le développement des clichés. Le matériel comprend un moteur à gaz vertical de un cheval et demi actionnant une dynamo Shmit de 750 watts, fournissant des courants continus qui sont gradués à l'aide d'un rhéostat et servent à charger des accumulateurs. Ceux-ci actionnent la bobine de Rumhkorff qui fournit à l'ampoule l'énergie électrique productrice des rayons X. Sur un tableau sont placés le rhéostat, un amperemètre, un voltmètre, des plombs fusibles. Un commutateur et un disjoncteur permettent de mettre les accumulateurs en rapport avec la dynamo ou la bobine. L'interrupteur utilisé est celui de Ducrétet. Les clichés sont rangés pendant le séjour du malade à l'hôpital dans un casier par ordre alphabétique et après son départ dans une armoire par ordre de lésions. Cette installation très simple semble cependant convenir aux besoins courants de l'hôpital.

VI. — **Leçons sur l'électricité** ; par Eric GÉRARD, directeur de l'Institut électrotechnique Montefiore. (Paris, Gauthier-Villars, 1899.)

VI. — Quoi qu'il ne s'agisse pas dans les deux magnifiques volumes de ces leçons d'électricité médicale, les médecins et surtout les spécialistes électrothérapeutes y trouveront de précieux renseignements exposés d'une façon claire et dans un classement facile.

Dans le premier volume de 792 pages in-8, après les trois premiers chapitres qui traitent des unités de mesure, des théorèmes généraux relatifs aux forces centrales et de leurs applications, on en trouve deux sur le magnétisme. Les suivants sont consacrés aux propriétés des corps électrisés aux condensateurs et diélectriques, aux décharges conductives et disruptives et à leurs effets, aux lois des courants et à l'électro-magnétisme.

Les chapitres XX à XXVIII sont consacrés aux mesures si importantes en électrothérapie. Ensuite nous trouvons les générateurs d'électricité, piles thermo-électriques, hydro-électriques, accumulateurs avec des renseignements très précis sur le rendement et l'entretien de ces derniers. Ceux qui traitent des différents types de dynamos, de leurs procédés de construction offrent également au spécialiste un intérêt considérable.

Il en est de même de toute la partie relative aux alternateurs, aux transformateurs et à leurs effets physiologiques.

Dans le second volume de 768 pages, beaucoup de chapitres intéressent également le médecin. Tels ceux qui traitent des conditions de sécurité et d'économie à imposer aux canalisations de distribution d'éclairage ou d'énergie électrique, des compteurs.

Les téléphones et microphones, le photophone déjà employés en physiologie et en médecine, peuvent encore devenir l'objet de nouvelles applications. La connaissance exacte de leur mécanisme ne nous est donc pas indifférente. Il en est de même de tout ce qui concerne les lampes électriques à incan-

descence, à part les tubes de Crookes, la photométrie dont on a si souvent besoin dans les applications des rayons X à la radiographie. La connaissance des règles de la galvanoplastie même, en ce qui concerne le nickelage, l'argenture ou la dorure de nos instruments a encore son intérêt pour le médecin. On peut donc dire de cet ouvrage, qui semble à première vue plutôt destiné à des ingénieurs, que les médecins le pourront lire avec profit.

VII. — Résistance électrique et fluidité; par Gouré (de Villemontée). Encyclopédie Léauté. (Gauthier-Vilars, 1899.)

VII. — Ce que je viens de dire du précédent ouvrage est encore applicable pour celui-ci. La connaissance aussi exacte que possible de tout ce qui touche à la résistance des corps mous ou liquides nous intéresse au double point de vue du diagnostic et de la thérapeutique. On peut, en effet, dans un certain nombre d'affections tirer de la connaissance de l'augmentation ou de la diminution de la résistance générale de l'organisme d'importants renseignements, soit pour le diagnostic, soit pour le pronostic. En thérapeutique, quand on veut utiliser, soit la cataphorèse, soit l'électrolyse, la connaissance de la résistance des électrolytes employés est aussi loin d'être indifférente. On sait que Wiedemann, dans ses recherches sur l'endosmose électrique, a découvert une relation entre les nombres qui représentent la mesure de la résistance électrique, le coefficient de frottement et celui de la concentration d'une solution saline. Les lois qu'il en fit découler indiquaient une voie nouvelle pour préciser, ce qu'on n'a pu encore faire jusqu'ici, la nature des modifications mécaniques subies par la matière dans la transmission de l'électricité.

Dans son mémoire, l'auteur expose en quelque sorte l'état actuel de la question. Mais ce qui a plus d'intérêt pour le médecin, c'est son exposition des méthodes de mesures de la résistance de leur valeur comparée, puis l'étude des variations de la résistance des solutions aqueuses ou alcooliques suivant la concentration, la température, la composition chimique des sels. On voit d'abord, en ce qui concerne les solutions aqueuses, que pour chaque sel il y a une valeur de poids de ce sel, dissous par litre au-dessous de laquelle la conductibilité varie proportionnellement au poids du sel dissous; que les résistances des solutons de différents sels contenant le même poids de sel par litre prises à la même température sont entre elles comme les équivalents. La loi de Wiedemann est encore applicable et indépendante de la nature du dissolvant quand celui-ci est constitué par de l'eau seule ou contenant moins de 50 0/0 d'alcool. La résistance de deux solutions d'un même sel inégalement concentrées, prises à volume égal, ne forment pas la moyenne arithmétique des résistances des solutions séparées.

Quand dans les solutions les sels sont de nature différente, la résistance est la moyenne arithmétique des solutions composantes prises à volume égal, si celles-ci ont la même concentration moléculaire.

VIII — Emploi des rayons de Rœntgen en médecine; par Leopold Freund. Compte rendu de la Société des Sciences naturelles de Vienne. T. XXXIX fasc. 6 (1899).

VIII — Il décrit d'abord l'appareil dont il se sert et fait en même temps un court historique de la découverte de Rœntgen puis entre dans quelques détails physiques sur la nature des rayons X.

Les rayons X servent en médecine à un double but : examen et traitement.

Pour le diagnostic on emploie, soit la photographie, soit l'examen direct. N'oublions pas que c'est surtout la chirurgie qui a bénéficié de cette nouvelle invention. Les corps étrangers, les fractures, les luxations, etc., sont diagnostiqués avec plus d'exactitude. Grace aux rayons X, on peut éviter les simulations. En médecine on utilise avec avantage la découverte de Rœntgen pour le diagnostic des maladies du cœur, des poumons, de l'estomac et d'autres organes internes comme la vessie. L'anatomie, la physiologie ont également utilisé les ressources des rayons X et Freund expose brièvement les applications qui en ont été faites. Il termine par quelques lignes sur les applications thérapeutiques et la vérification des substances médicamenteuses. Quatre jolies planches ornent ce travail. L'auteur, et c'est un fait remarquable, semble ignorer tout ce qui s'est fait en France sur cette question.

IX — Valeur des expositions multiples sous des angles différents pour la détermination des corps étrangers de l'œil par les rayons de Rœntgen; par Ch. Oliver (Philadelphie.)

IX. — Ce petit travail (tirage à part des *Annales of ophthalmology*, oct. 1897) est l'exposé de la méthode du Dr Ch. Lester Léonard. Celle-ci est basée comme les similaires sur la détermination du siège du corps étranger par la trigonométrie Il faut mesurer la distance des deux positions successives de l'ampoule à la plaque photographique, celle des deux positions de l'ampoule, en construisant ensuite deux triangles on peut déterminer la distance où deux de leurs lignes se coupent. C'est le point où siège le corps étranger.

X. — Radiothérapie des maladies de la peau; par L. Freund (Vienne. Soc. des Naturalistes, sept. 1899.)

X. — L'auteur relate les expériences qu'il a faites sur le lupus vulgaire et érythémateux, le sycosis, le favus. La radiothérapie paraît donner dans ces cas des résultats durables et positifs.

C'est un moyen d'agir sur les processus morbides des vaisseaux et des glandes aussi puissant que les pommades et autres préparations médicamenteuses sur le sycosis et l'hyperthricose. Bien qu'on ne puisse préciser les limites de la méthode, on a constaté qu'elle diminue l'exsudation dans l'épiderme et pourrait par là convenir dans l'eczéma prurigineux et l'ichtyose, les pigments du vitiligo sont avantageusement modifiés. L.-R. Regnier.

REVUE

DE JURISPRUDENCE MÉDICO-PHARMACEUTIQUE

Rédacteur spécial : **M Lirmin-Lipman**, docteur en droit, avocat à la Cour d'appel.

I. — Vente par les droguistes de substances antiseptiques.

I. — Un syndicat de pharmaciens a fait poursuivre un droguiste, parce que ce dernier vendait des substances antiseptiques (acide phénique, iodol, iodoforme, gaze à l'iodol, gaze phéniquée, gaze au sublimé, coton boriqué, iodé. au sublimé). Le syndicat prétendait que cette vente était contraire aux prescriptions de l'ordonnance de 1777 et du décret de germinal an XI, qui règlent l'exercice de la profession de pharmacien. Le tribunal de Marseille et après lui la Cour d'Aix ont admis sa demande en condamnant le droguiste à l'amende, édictée par le décret (1).

La question posée au tribunal était de savoir si les substances antiseptiques que nous avons énumérées étaient, aux termes du décret précité, un médicament.

Le prévenu alléguait pour sa defense qu'elles ne figuraient pas au Codex, et que, servant à l'usage externe, elles rentraient dans la catégorie des choses qui font l'objet du commerce de droguiste.

Cette argumentation ne nous semble pas fondée en droit et voici pourquoi : Si la définition donnée par les textes du mot médicament semble à première vue s'appliquer aux remèdes d'usage interne, l'esprit et le sens de la loi visent toutes les substances qui peuvent avoir une action sur l'organisme. Et ce qui doit nous inciter à faire rentrer dans le monopole de pharmacien la vente des substances antiseptiques précédemment énumérées, c'est que la plupart du temps ce sont des poisons dont l'application aux pansements doit être rigoureusement dosée.

Mais l'argumentation du prévenu est encore ruinée, même si l'on s'en tient à la lettre du décret de germinal, parce que certains médicaments d'usage externe ont un retentissement sur l'organisme, lorsqu'ils pénètrent dans l'économie, *a fortiori*, quand les substances antiseptiques sont appliquées sur des plaies vives d'une certaine étendue.

On ne saurait donc qu'approuver les deux décisions dont nous venons de faire la courte analyse.

(1) Cour d'Aix, 21 janvier 1897. (Dal., 1897, 2, 159.)

II. — Usage de pseudonymes par les dentistes étrangers.

II. — Le tribunal de la Seine vient de faire une intéressante application de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine (1). On sait que cette loi impose aux médecins étrangers l'indication de l'origine de leur titre, et qu'elle prohibe l'usage de tout pseudonyme. Cette dernière disposition de la loi nouvelle a été inspirée au rapporteur, M. Cornil, par le Dr Floquet.

Ce qui est intéressant à signaler, c'est que le tribunal a appliqué le texte de la loi au dentiste qui avait fait précéder son nom du seul mot « docteur ». La jurisprudence considère que le titre publié sous cette forme par un médecin étranger, peut faire croire que le diplôme est d'origine française. C'est peut-être élargir l'application de la loi pénale, mais l'esprit de la loi et les travaux préparatoires nous paraissent donner raison à l'interprétation du tribunal.

Quant au pseudonyme, on en a interdit l'usage aux médecins par ce qu'on a voulu qu'ils exerçassent leur profession à visage découvert, ce qui n'est pas une raison très solide. En assimilant, pour les pénalités, l'usage du pseudonyme à l'exercice illégal de la médecine, on n'a pas tenu suffisamment compte de la différence de gravité de ces deux infractions.

BIBLIOGRAPHIE

Apparition de la spermatogénèse dans l'espèce humaine; par M. Leprince. (Thèse de Paris, 1899.)

M. le Dr Maurice Leprince se propose de rechercher l'époque d'apparition de la spermatogénèse dans l'espèce humaine.

Technique — Ses examens ont porté sur 25 sujets de 7 à 21 ans, morts depuis 24 heures, ayant des testicules de volume normal, complètement descendus dans les bourses. La cause de la mort n'étant pas indifférente, il a choisi de préférence les sujets ayant succombé à des affections aiguës, moins susceptibles que les affections chroniques d'altérer la sécrétion spermatique.

Enfin, comme le climat n'est pas sans influence sur le début de la spermatogénèse, il faut ajouter que tous les documents ont été recueillis à Paris et proviennent de sujets nés ou ayant vécu à Paris. Il y a deux méthodes d'examen :

1° Examen direct du liquide spermatique par les moyens suivants : *a)* affranchissement avec le rasoir d'une coupe nette de testicule ou d'épididyme; frottés sur lame de verre; examen avec ou *sans* coloration; *b)* dilacération du tube séminipare, macération dans le sérum artificiel (Na cl à 7 0/0) ou l'alcool au tiers. On recueille le dépôt qui se forme au fond du flacon et on l'examine après coloration.

2° Examen des coupes enrobées à la paraffine. L'examen des coupes a l'avantage de permettre la constatation des modifications testiculaires qui accompagnent le début de la spermatogénèse. La recherche des spermatozoïdes est souvent très difficile; elle demande beaucoup de soin et de patience. Si les recherches ne sont pas prolongées longtemps, on s'expose à ne pas voir des spermatozoïdes qui cependant existent réellement. Des recherches faites suivant ces méthodes il résulte une série de constatations portant non seulement sur la présence ou l'absence du spermatozoïde mais aussi sur les modifications de la structure testiculaire aux approches et au moment de la puberté.

Suivant l'âge du sujet, à mesure qu'on approche de la spermatogénèse, les tubes séminifères présentent des caractères différents : avant la dixième et onzième année, il existe dans les canalicules séminifères deux ordres de cellules, de petites cellules épithéliales et des ovules mâles (type fœtal).

Après cet âge les ovules primordiaux disparaissent et un épithélium d'apparence banale constitue l'unique revêtement du canalicule séminifère (type infantile).

Puis au moment de la puberté, nouvelles modifications, les cellules de la lignée séminale se différencient; la mitose est très accentuée, l'activité règne, mais il n'y a pas encore de spermatozoïdes (stade de préspermatogénèse). Enfin, le testicule secrète des spermatozoïdes (type pubère).

On observe encore quelques autres modifications histologiques moins importantes : augmentation de volume des canaux séminipares qui viennent au contact les uns des autres; disparition plus ou moins complète du tissu conjonctif péricanaliculaire; cellules insterstitielles nombreuses et réparties en îlots; cristalloïdes de nature albuminoïde sur lesquelles Reinke appela l'attention mais qui ne sont pas destinées comme on le crut un moment, à assurer l'élaboration des spermatozoïdes; enfin notons cette particularité intéressante : le testicule n'arrive pas tout d'une pièce à la maturité; les tubes séminipares n'évoluent pas simultanément mais successivement et par groupes, les uns après les autres.

Dans 9 des 25 observations, les sujets âgés de 8 ans et demi à 13 ans et demi, présentaient un testicule type fœtale; 7 fois, chez des sujets de 7 à 17 ans et demi, le testicule appartenait au type infantile; 3 fois, chez des individus de 14 ans et demi, 17 et 21 ans, avait un testicule au stade de la préspermatogénèse; enfin, 6 fois, chez des sujets de 13 ans et demi à 18 ans, le testicule secrétait des spermatozoïdes.

L'observation faite pour chaque sujet de la force physique, de l'état de santé ou de maladie permet à l'auteur de tirer ces deux conclusions. La puberté n'est pas fonction de l'âge du sujet mais d'un certain degré de développement physique; l'état de santé ou de maladie, l'état de la nutrition sont capables de hâter ou de retarder l'apparition de la puberté. Enfin l'auteur résume ses conclusions en disant :

1° Le puberté est fonction des spermatozoïdes; 2° toutes les fois que l'on constate chez un individu donné, la présence de spermatozoïdes, on est en droit de conclure à la puberté; 3° dans le cas contraire, on doit rester sur la plus expresse réserve, car les phénomènes accessoires de la puberté ne sauraient être pris en sérieuse considération : il n'ont aucune valeur scientifique.

Cette thèse intéressante, et soigneusement étudiée, ne saurait donner lieu qu'à de légères critiques. « De tous les phénomènes qui accompagnent l'âge de puberté, dit l'auteur, un seul est capital : c'est la présence des spermatozoïdes et lui seul il est *nécessaire* et *suffisant* pour caractériser la puberté » et plus loin il écrit avec intention « la puberté est fonction des spermatozoïdes. » Il y a peut être de l'exagération à dire que la puberté est fonction des spermatozoïdes, c'est rendre l'effet (spermatogénèse) responsable de la cause (puberté); et ce qui prouve encore le défaut de cette opinion, c'est qu'on pourrait dire « la spermatogénèse est fonction de la puberté », c'est-à-dire tout le contraire de l'affirmation précédente, sans crainte d'être contredit sur quoi que ce soit. Pour tout le monde, en effet, la spermatogénèse est une des manifestations, la plus importante des manifestations, de la puberté, mais peut-on dire que cette manifestation est « nécessaire ».

Admettre une telle opinion, c'est presque identifier « spermatogénèse et puberté », c'est rejeter fort loin, comme ayant une importance très minime, les autres manifestations de la puberté, c'est faire dévier le mot « puberté » du sens qui lui fut donné par un long usage, et qu'il conserve encore aujourd'hui.

Il est des individus vigoureux, abondamment pourvus de poils, qui entrent en érection, pratiquent le coït, mais ne fabriquent pas de spermatozoïdes. Tels sont les adeptes de la secte des Skopzys, cités par l'auteur lui-même, et qui après castration « font du coït un usage très fréquent, se marient, et se livrent même à des excès de coït effrénés ». Tels sont beaucoup d'individus ayant de la puberté tous les attributs (poils, érection, coït, éjaculation, force musculaire), excepté la fécondité, le pouvoir de sécréter des spermatozoïdes; et qui se trouveraient bien étonnés si un jour on leur affirmait qu'ils ne sont pas pubères, sous le prétexte que leur sperme ne contient pas de spermatozoïdes. Ces individus sont des inféconds et on ne saurait déduire de leur infécondité qu'ils sont impubères. Donc, si nous entendons le mot « puberté » dans le sens qu'il a toujours eu et qu'il n'est pas utile de modifier, la spermatogénèse n'est pas « nécessaire » pour qu'il y ait puberté. Est-elle suffisante : cas d'enfants féconds.

On aurait donc tort de restreindre la signification du mot

(1) La *Loi*, 25 mars 1899.

puberté, et de l'identifier, avec une de ses nombreuses manifestations, la spermatogénèse. Le mémoire de M. Leprince est, en somme, un travail très sérieux que nous recommandons à nos lecteurs; il est basé sur des recherches histologiques nombreuses et personnelles qui lui donnent une véritable valeur scientifique. P.

ASSISTANCE PUBLIQUE

Invitation à supprimer ou à restreindre l'emploi du PIED DE CHAT et de la QUEUE DE CERISE.

Le Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique à MM. les Directeurs des établissements.

La recolte du « pied de chat » a manqué totalement cette année. L'Administration se trouve donc dans l'obligation de supprimer complètement l'emploi de cette plante médicinale. Dans les espècee pectorales le pied de chat pourra être remplacé par la fleur de guimauve.

Pour des raisons de même ordre, l'Administration se trouve dans la nécessité de restreindre dans de larges proportions, la consommation de la queue de cerise qu'il n'est pas possible, en ce moment, de se procurer en quantité suffisante pour satisfaire aux demandes habituelles.

Veuillez signaler ces faits à MM. les chefs de service et les prier, en mon nom, de ramener au strict nécessaire leurs prescriptions à ce sujet.

Je vous serai égalcment obligé de vous entendre avec M. le pharmacien pour surveiller avec le plus grand soin la consommation de la queue de cerise qui, dans la préparation des tisanes, pourrait être remplacée par un mélange de queues de cerises et de chiendent, à parties égales.

Le directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique, Dr Henri NAPIAS.

VARIA

Les épidémies.

Épidémie de fièvre typhoïde dans l'armée.

L'épidémie de fièvre typhoïde continue à sévir parmi les troupes de la compagnie du 9e d'infanterie détachée à la colonie correctionnelle d'Eysses. Un sixième décès s'est produit hier, celui du soldat Bach, âgé de 22 ans, natif de Puylagarde (Tarn). Les causes de l'épidémie sont encore inconnues. Une série d'enquêtes ont été faites et sont demeurées sans résultat. (*Gaz. méd. de Paris.*)

La dysenterie au Natal.

Le général White télégraphie de Ladysmith que le nombre des malades de dysenterie et de fièvre entérite augmente dans la garnison.

La peste.

Oporto, le 2 janvier. — Un cas de peste et un décès ont été enregistrés. Vingt pestiférés sont à l'hôpital.

Rio-de-Janeiro, le 1er janvier. — La peste augmente à Santos et à Saint-Paul. Les derniers cas signalés sont presque foudroyants.

Le service sanitaire dans la Guerre Sud-Africaine.

D'après le *Times*, on s'est beaucoup plaint, récemment, de la façon dont l'hôpital militaire du Cap avait été aménagé. Le dévouement des médecins et des fonctionnaires les plus secondaires ne saurait faire doute, mais il est certain qu'on n'a rien prévu et que le manque d'organisation est absolu. L'hôpital a été aménagé sur une échelle beaucoup trop restreinte. Le nombre des gardes-malades est insuffisant; il arrive parfois que, dans la nuit, ce sont les convalescents qui sont obligés de se lever pour assister d'autres malades; les patients sont restés souvent de longues heures avant d'être examinés; il n'y a pas de salle spéciale pour les officiers. Enfin, il semble que le règlement concernant la nourriture est beaucoup trop strict et qu'on ne donne pas des aliments en quantité suffisante à des officiers jeunes et forts qui n'ont qu'une blessure au bras ou à la jambe. En un mot, il manque une tête capable d'organiser et de contrôler le service médical et le service des hôpitaux au Cap.

Après avoir publié la note ci-dessus qui provient d'une correspondance du Cap datant du 23 décembre, le *Matin* publie la dépêche suivante qu'il accompagne de réflexions que nous croyons devoir reproduire.

Londres, 2 janvier. — Le président du collège des chirurgiens d'Irlande, sir William Thomson, a été désigné pour servir dans le sud de l'Afrique.

« Sous sa forme laconique, cette dépêche en dit long. Pour que l'on ait jugé nécessaire d'envoyer sur le théâtre de la guerre la plus haute personnalité chirurgicale de l'Angleterre, il faut que les mécomptes éprouvés avec un service de santé d'ailleurs improvisé aient été encore plus cruels qu'on ne l'a avoué.

« Et cependant ce ne sont pas les avertissements qui ont manqué. Déjà bien longtemps avant la guerre, on avait signalé l'organisation défectueuse du service de santé anglais, et une campagne s'était même dessinée dans le Royaume-Uni pour combler cette lacune. Ce qui n'empêche que l'ouverture des hostilités a permis de constater qu'à ce point de vue, peut-être plus encore qu'à d'autres, les Anglais étaient complètement pris au dépourvu. A prix d'or, on est bien arrivé à recruter des médecins et des chirurgiens, mais il faut bien le dire, on ne crée pas de toutes pièces une organisation de ce genre.

« Nous avons d'ailleurs reproduit, il y a quelques jours, d'après le *Times*, le cri d'alarme poussé par un de ses correspondants, qui a pu se rendre compte *de visu* de l'insuffisance du service de santé et de l'encombrement désastreux qui règne, paraît-il, dans le principal hôpital d'évacuation, situé près du Cap.

« Sir William Thomson aura fort à faire pour réorganiser un état de choses que l'on qualifierait plus justement d'inexistant que de défectueux. »

Lourenço-Marquez, 2 janvier. — On vient d'apprendre que le major Daly, avec quarante et un hommes du corps médical restés à Dundee à l'époque de l'évacuation de cette ville, sont partis de Prétoria à destination de Delagoa-Bay, où ils sont attendus ce soir.

Le *Scalpel* donne les détails suivants sur les blessés : « On a noté que les blessés anglais étaient en majorité touchés aux *jambes* et à l'*abdomen*. La proportion des tués aux blessés est de 1/5.3, proportion dépassant les statistiques publiées jusqu'à ce jour. En effet Fischer donne le tableau suivant de cette proportion pour les guerres les plus meurtrières de ce siècle. Leipzig (1813) : 1.20 ; Crimée : 1.44; Prussiens (Schleswig-Holstein, 1864) : 1.18 ; Prussiens et Austro-Hongrois, à Königgratz : 1.3 ; Prussiens en 1870-1871 : 1.51 ; Russes en 1877-1878 : 1.21. La moyenne est de 1/3.2. Les Boërs savent sans doute, que les blessures au ventre sont les plus graves, et, comme ils sont bons tireurs, c'est là qu'ils visent.

AVIS POUR LES NUMÉROS MANQUANTS

Les numéros manquants de 1899, réclamés avant le 31 janvier 1900, seront envoyés gratuitement. Après cette date, pour les numéros de 1899 et autres, le prix sera de 20 centimes par numéro.

FORMULES

I. — Listérine (mélange antiseptique).

Acide benzoïque	8 grammes.
Thymol	2 —
Eucalyptol	X gouttes.
Essence de Wintergreen	VI —
— de menthe	II —
— de thym	II —
Alcool	180 grammes.
Après dissolution dans l'alcool on ajoute :	
Borate de soude	8 grammes.
Acide borique	16 —
Eau Q. S. pour faire 1 litre.	

Crinon.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 24 déc. au samedi 30 déc. 1899, les naissances ont été au nombre de 1059 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 412, illégitimes, 138. Total, 550. — *Sexe féminin* : légitimes, 363, illégitimes, 146. Total, 509.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1896 : 2 511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 24 déc. au samedi 30 déc. 1899, les décès ont été au nombre de 1170, savoir : 587 hommes et 583 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 3, F. 6. T. 9. — Typhus : M. 0, F 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M 1, F. 6, T. 7. — Scarlatine : M. 0, F. 0, T. 0. — Coqueluche : M. 0, F. 1, T. 1. — Diphtérie. Croup : M. 1, F. 4, T. 5. — Grippe : M. 4, F. 6, T. 10. — Phtisie pulmonaire : M. 127, F. 75. T. 202. — Méningite tuberculeuse : M. 11, F. 11, T. 22. — Autres tuberculoses : M. 22, F. 8, T. 30. — Tumeurs cancéreuses : M. 25, F. 29, T. 54. — Tumeurs autres : M. 2, F. 3, T. 5. — Meningite simple : M. 10, F. 12, T. 22. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 33, F. 35, T. 68. — Paralysie, M. 2. F. 3, T. 5. — Ramollissement cérébral : M. 8, F. 3, T. 11. — Maladies organiques du cœur : M. 34, F. 49, T. 83. — Bronchite aiguë : M. 13, F. 13, T. 26. — Bronchite chronique : M. 21, F. 25, T. 46. — Broncho-pneumonie : M. 23, F. 39, T. 54. — Pneumonie : M. 40, F. 41, T. 81. — Autres affections de l'appareil respiratoire: M. 55, F. 35, T. 90. — Gastro-entérite, biberon : M. 13, F. 10, T. 23. — Gastro-entérite, sein : M. 3, F. 2, T. 5. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 3, F. 1, T. 4. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2, F. 1, T. 3. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 6, T. 6. — Débilité congénitale : M. 19, F. 14, T. 33. — Sénilité : M. 17, F. 54, T. 74. — Suicides : M. 8, F. 6, T. 14. — Autres morts violentes : M. 10, F. 7, T. 17. — Autres causes de mort : M. 72, F. 78, T. 150. — Causes restées inconnues : M. 4, F. 5, T. 9.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 70, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 25, illégitimes, 14. Total : 39. — *Sexe féminin* : légitimes, 21, illégitimes, 10. Total : 31.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. Bard, professeur d'hygiène à la Faculté de Médecine de Lyon, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique médicale à cette Faculté.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BESANÇON. — Un concours s'ouvrira, le 12 juillet 1900, devant l'Ecole supérieure de Pharmacie de l'Université de Nancy, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole préparatoire médicale de Médecine et de Pharmacie de Besançon. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

HÔTEL-DIEU DE REIMS. — *Concours.* — Le jeudi 25 janvier, à 9 heures du matin, aura lieu un concours pour cinq places d'élèves externes. Le concours sera ouvert entre tous les élèves de l'Ecole de Médecine de Reims. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'Administration. Le registre sera clos trois jours avant le concours.

VISITES HOSPITALIÈRES. — Mme Emile Loubet, accompagnée de Mme de Saint-Prix, sa fille, et par M. Poulet, chef du secrétariat particulier du Président de la République, a visité hier matin l'hôpital de l'Association des Dames françaises, 93, rue Michel-Ange, à Auteuil. Mme Emile Loubet a été reçue par Mme Foucher de Careil, l'amiral Besnard, M. Bidault, adjoint au maire du XVIe arrondissement, et par les dames membres du conseil d'administration de l'établissement. Mme Emile Loubet a pacouru les différentes salles de l'hôpital. Avant de se retirer, elle a remis une somme de 200 francs pour améliorer l'ordinaire des malades. (*Le Radical*, 30 décembre 1899.)

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Ont été nommés : médecin principal de 1re classe : Le médecin principal de 2e classe Antony, professeur au Val-de-Grâce. — Médecins principaux de 2e classe : Les médecins-majors de 1re classe : Gerbault, médecin chef de l'hôpital de Constantine; Testevin, aux salles militaires de l'hospice de Grenoble.

PRIX DE MÉDECINE MILITAIRE. — La *France militaire* annonce que le médecin-major Busquet, chargé du Laboratoire de bactériologie à l'hôpital militaire de Dey à Alger, vient d'obtenir le prix de médecine militaire, dont le sujet était, pour le concours de 1898 : *Les suites éloignées des maladies infectieuses dans l'armée.* Le sujet mis au concours de 1900 pour le même prix à distribuer en 1901 est le suivant : *De l'origine de la tuberculose dans l'armée.* Les mémoires devront etre déposés avant le 31 décembre 1900. (*Radical*, 30 decembre 1899.)

JOURNALISTIQUE. — Le journal *la France médicale* qui avait été, durant de longues années, dirigé par notre distingué confrère, le Dr Chevallerau, sera désormais publié sous la direction de M. le Dr Albert Prieur.

INSPECTION SANITAIRE. — Le Pr Proust, inspecteur général des services sanitaires de France, est chargé d'une tournée d'inspection dans les ports de la Méditerranée pour visiter les lazarets et assurer ainsi la prophylaxie du pays des maladies infectieuses orientales.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr LACÔTE, ancien député radical de la Creuse, enlevé brusquement par une congestion pulmonaire; M. Lacôte avait été nommé directeur de l'Ecole d'agriculture de Ginouillat (Creuse), qu'il avait fondée et qui sert d'établissement d'instruction pratique à une colonie de pupilles de la Seine, puis, en août dernier, essayeur à la garantie de la Monnaie de Paris. — M. le Dr GALLOIS, décédé le 19 décembre, à l'âge de 70 ans, ancien maire de Rilly-la-Montagne, ancien conseiller général républicain, vénéré par tous ses confrères de la région du Nord-Est.

Chronique des Hôpitaux.

HOTEL-DIEU. — Le Dr LUCAS-CHAMPIONNIÈRE reprendra ses leçons de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu le 11 janvier à dix heures, et les continuera tous les jeudis. Opérations avant la leçon. Opérations abdominales le mardi. Le mercredi et le samedi visite dans les salles.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENT DE PARAITRE AU *PROGRES MÉDICAL*
14, RUE DES CARMES A PARIS.

ASSISTANCE ET TRAITEMENT

des idiots, imbéciles, débiles, dégénérés amoraux, crétins, épileptiques (adultes et enfants)

ASSISTANCE & TRAITEMENT DES ALCOOLIQUES

(Colonies familiales)

(Aperçu critique sur l'article 2 du nouveau projet de loi portant revision de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés)

Par PORNAIN

Avec une préface de M le Dr MAGNAN

Tome VII de la *Bibliothèque d'Education speciale.* Un volume in-8 de IV-212 pages. Prix : 5 francs. Pour nos abonnés : 3 fr. 50

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

XXIXe ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XI. N° 2. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 13 JANVIER 1900.

Le Progrès Médical

THERAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Du traitement des plaies contuses des grandes articulations;

Par QUENU, Professeur agrégé à la Faculté, chirurgien de l'hôpital Cochin, et SCHWARTZ, interne des hôpitaux, aide d'Anatomie à la Faculté.

Nous ne traiterons dans cet artiele que des plaies pénétrantes, et nous ferons remarquer à ee sujet que nous n'avons jamais pu eonprendre la division des plaies artieulaires en pénétrantes et non pénétrantes, vu qu'une plaie n'intéressant que les plans superficiels n'est pas une plaie artieulaire. La eonduite à tenir dans les plaies coutuses articulaires a été de tout temps l'objet de nombreuses et vives controverses ; un aceord relatif a pu se faire depuis l'ère antiseptique; les chirurgiens sont devenus plus hardis à la fois et plus conservateurs, n'étant plus terrorisés eomme autrefois par la possibilité d'une septieémie éelatant brusquement et contre laquelle ils se trouveraient désarmés. L'existence d'une plaie pénétrante articulaire aboutit d'une façon de plus en plus exceptionnelle à la mutilation du membre. C'est là un progrès désormais acquis; qu'il s'agisse de grands éerasements des membres, ou, à plus forte raison, de simples plaies pénétrantes, avee ou sans fracture, plus d'amputations traumatiques d'emblée, plus de désartieulations ! Telle est, en quelques mots, la doctrine « révolutionnaire » à foree d'être eonservatrice, défendue tout réeemment par M. Reclus (1) et enseignée déjà par Verneuil et Trélat.

Mais, si nous sommes d'accord pour rejeter systématiquement l'amputation précoce ou la désartieulation, il n'en est plus de même quand il s'agit du traitement à appliquer. Nous n'en voulons pour preuve que la eommunication toute réeente faite par l'Ecole lyonnaise au congrès de ehirurgie, et exposée dans la *Gazette des Hôpitaux* par M. Delore, sous l'inspiration du professeur Poneet. « L'arthrotomie, quelles que soient ses lignes d'incision, ses contre-ouvertures, les lavages dont on la fait suivre, ne réalise qu'exceptionnellement un drainage suffisant du genou infecté; plutôt que de perdre un temps précieux avee le drainage, le plus souvent illusoire, de l'arthrotomie, on doit pratiquer rapidement la résection du genou.

« Dès qu'une plaie artieulaire du genou s'accompagne des phénomènes de l'arthrite infectieuse, nous préeonisons la réseetion du genou, *avant l'essai de tout autre traitement chirurgical.* »

Le professeur Poncet, comme eeux qui l'ont suivi, ne s'est d'abord décidé à cette pratique que devant l'échec des interventions plus eonservatriees; son premier cas de résection précoce date de février 1893. Le 7 février 1893, M. Poncet (1) reçoit dans son service une plaie pénétrante du genou par eoups de eouteau; par la pression on fait sourdre du pus par l'orifice de la plaie; la température est de 39°, le malade est mis en observation pendant deux jours; ce n'est qu'après ce laps de temps que l'on pratique la résection jugée indispensable.

Franke (2), en 1894, rapporte un eas plus significatif : un malade entre dans son serviee le 21 juillet, ayant reçu un coup de pied de cheval sur le genou gauche; on eonstate l'existence d'une plaie pénétrante avec fracture esquilleuse; on nettoie la plaie, on retire les esquilles et on immobilise; le 28 juillet (8 jours après), on se décide à donner issue au pus par une arthrotomie régulière; le 6 août enfin, l'état général s'étant aggravé, on pratique la réseetion, qui est suivie de guérison.

En 1895, on voit Fabiani, après avoir fait une arthrotomie, juger eette dernière insuffisante et pratiquer la réseetion. C'est done tout réeemment que l'Ecole lyonnaise, se basant sur cette fréquente inefficaeité de l'arthrotomie, a préeonisé la résection préeoee, avant l'essai de toute autre intervention. Essayons d'analyser la formule de M. Poncet, afin de montrer ses avantages, s'il en existe, et ses inconvénients.

Il est incontestable que le drainage articulaire est singulièrement facilité par l'ablation des extrémités osseuses eorrespondantes; que les services rendus par eette intervention sont d'autant plus appréciables quand il s'agit du genou, dont la synoviale est an-

(1) *Revue de chirurgie*, 1896.

(1) Lagoutte. — *Gaz. Heb. de m. et de ch.* 1893.
(2) Franke. — *Central Colatt*, 1894.
(3) Fabiani. — *Révista Clin. à Terap.*, 1894, n° 4

fractueuse et d'une désinfection difficile ; d'ailleurs, M. Delore le dit en termes très précis, « la résection du genou a pour but de rendre le drainage plus facile, et d'empêcher la stagnation du pus et sa résorption ». Le drainage peut être, répondrons-nous, mais n'est-ce pas au prix de plus graves inconvénients ?

Un premier danger consiste dans la mise à nu, en plein foyer infecté, des surfaces osseuses sectionnées ; il est, en effet, un principe général de pathologie osseuse, à savoir que la surface de section d'un os est singulièrement propice à la résorption des substances septiques. Les épiphyses d'autre part présentent une vascularisation extrêmement riche; toutes les veines de l'os, aussi bien celles de la moelle que celles du cylindre compact, au lieu d'émerger au niveau de la diaphyse, se réunissent aux deux extrémités de l'os avec les veines épiphysaires ; de plus, ces veines se creusent parfois de véritables sinus, toujours béants, dans l'épaisseur de la substance spongieuse. Etant donnée cette disposition anatomique, on comprend pourquoi il n'y a point de tissu où la résorption se fasse avec une activité aussi intense qu'au niveau du tissu spongieux d'une extrémité épiphysaire.

En second lieu, nous n aimons pas, en règle générale, à intervenir dans un foyer septique ; quand nous y sommes obligés, pour des raisons majeures, telles que la rupture possible d'une poche, la perforation d'un appendice, nous nous efforçons, autant que possible, d'ouvrir la cavité septique elle-même, sans déterminer son effraction dans la grande séreuse ; dans la chirurgie de membres il en sera tout autrement. Qu'il s'agisse d'un panaris profond avec lésions destructives étendues ou d'un traumatisme avec écrasement, notre conduite a toujours en vue la conservation à outrance ; nous ouvrons le foyer infecté, nous le drainons, nous aseptisons la région traumatisée, pour n'intervenir que plus tard, dans un foyer aseptique ; n'oublions pas qu'en pratiquant une amputation ou une résection d'un foyer infecté, nous n'avons aucune possibilité de protéger les surfaces cruentées contre la résorption septique.

Nous disons donc que : si la résection faite tardivement, en cas d'insuffisance de la méthode conservatrice, constitue une thérapeutique sage et prudente, la résection précoce au contraire nous paraît inutile et dangereuse.

On pourrait nous objecter que nous n'avons, pour nous élever contre cette pratique, que des idées théoriques ; nous répondrons que nous sommes tout disposés à nous rendre devant des faits; mais M. Poncet ne nous apporte que peu d'observations et nous attendons que des statistiques bien faites nous apportent un démenti.

D'ailleurs, nous sommes en droit de nous demander si l'inefficacité de l'arthrotomie, dans les cas que nous avons relatés, n'est pas expliquée par ce fait que cette intervention a été pratiquée trop tardivement.

Ainsi, dans l'observation de M. Poncet, l'arthrite purulente est constatée le 17 février, « par la pression on fait sourdre du pus par l'orifice de la plaie ». Or, le malade est mis en observation pendant deux jours. N'eût-il pas été plus sage de faire l'arthrotomie précoce, qui alors aurait peut-être été suffisante ?

Même remarque dans le cas de Franke ; « le malade entre dans le service le 21 juillet, ayant reçu un coup de pied de cheval sur le genou gauche; il y a plaie pénétrante avec fracture esquilleuse » ; au lieu de faire une arthrotomie large, régulière, « on nettoie la plaie, on retire les esquilles et on immobilise » ; le 29 juillet on décide l'arthrotomie pour donner issue au pus ; le 6 août, l'intervention est jugée insuffisante, l'état général s'aggrave et on pratique la résection qui est suivie de guérison.

Une autre intervention a été préconisée, par des Lyonnais également, et toujours en vue de remédier à l'insuffisance de l'arthrotomie. Tallet (1), plus conservateur que l'école du professeur Poncet, s'est élevé déjà contre la résection ; « entre l'arthrotomie insuffisante et la résection plus que suffisante, il y a place pour des interventions intermédiaires, respectant le squelette », et il conclut qu'on peut obtenir une désinfection complète, sans résection. L'opération qu'il nous propose, et que son maître Albertin a pratiquée deux fois, est la *Synovectomie*, c'est-à-dire l'ablation de la synoviale qui serait surtout en cause dans l'intensité et la ténacité de phénomènes infectieux ; chez les adultes même, où l'intervention ne peut retentir fâcheusement sur la croissance, M. Albertin fait l'*arthrectomie*, c'est-à-dire l'ablation des parties molles péri-articulaires, sauf la capsule, et le décapage des cartilages diarthrodiaux.

M. Tallet nous apporte deux observations dans lesquelles l'arthrotomie avait été insuffisante, alors que la synovectomie dans un cas et l'arthrectomie dans l'autre, furent suivies de succès.

Analysons ces deux observations :

Dans la première, une incision faite le 22 septembre, sur le côté de la rotule, démontre la présence incontestable du pus dans la jointure ; c'est le 24 septembre seulement, c'est-à-dire deux jours après, qu'on se décide à pratiquer une arthrotomie en règle ; cette dernière est insuffisante, l'état général devenant mauvais, on fait la *synovectomie* qui est suivie de guérison.

Dans la deuxième observation le malade entre à l'hôpital le 26 février avec déjà une arthrite purulente confirmée ; on fait deux incisions sur les côtés de la rotule ; cette arthrotomie est insuffisante ; l'état général s'aggrave et l'*arthrectomie*, pratiquée le 2 mars, sauve le malade.

N'est-il pas permis de se demander, dans ces deux cas où l'arthrotomie a été insuffisante, si elle a été pratiquée suivant les règles fondamentales si bien formulées par Albert de Vienne puis par Jalaguier. Dans le premier cas elle a été pratiquée deux jours après la constatation de la suppuration articulaire et partant un peu tard ; dans le deuxième cas on s'est contenté de deux incisions latérales, et partant insuffisantes.

Nous constatons l'une de ces fautes dans toutes les observations rapportées par Tallet. Dans l'observation III, le 22 août 1894, on constate une arthrite suppurée ; le 24 seulement on pratique deux *incisions latéro* rotuliennes. Dans l'observation IV, le malade entre le 17 février; on fait sourdre du pus de l'articulation ; malgré cela il est mis en observation pendant deux jours, après lesquels on juge la résection indispensable. Dans l'observation III, le malade entre le 21 juillet avec une plaie pénétrante, compliquée de fracture esquilleuse ; on fait un lavage, on retire les esquilles et on immobilise ; ce n'est que le 29 qu'on pratique une arthrotomie régulière, qui est insuffisante et suivie de résection le 6 août.

Rien d'étonnant à ce que l'arthrotomie ne donne pas les résultats désirés, si on a la pratique dans des conditions mauvaises.

(1) Thèse de Lyon, 1896.

Nous rejetons donc la synovectomie et l'arthrectomie, comme étant des interventions inutiles pour les cas dont nous nous occupons ; elles ne présentent pas les dangers d'une résection, mais comme elle, elles peuvent être avantageusement suppléées par l'arthromie, pratiquée dans de bonnes conditions et suivant la technique indiquée par son auteur.

L'arthrotomie est, en effet, l'intervention de choix dans les cas qui nous occupent, à savoir les plaies pénétrantes articulaires, larges, souillées, septiques, ayant déjà ou n'ayant pas encore provoqué la formation de pus.

Il nous reste à exposer, ce qui a été fait en partie dans la réfutation des méthodes précédentes, pourquoi nous préférons l'arthrotomie, comment il faut la pratiquer, et quels sont, dans ces conditions, les résultats que l'on peut en attendre.

Nous préférons l'arthrotomie, avant tout, parce qu'elle nous parait suffisante ; parce que, pratiquée suivant les règles, elle nous permet d'obtenir le même résultat que les autres méthodes, à savoir le drainage articulaire.

Parmi les trois observations que nous présentons, l'une est particulièrement intéressante ; c'est une plaie du genou, extrêmement septique, avec suppuration de l'article, cas dans lequel M. Poncet aurait pratiqué la résection précoce et M. Albertin l'arthrectomie ; l'arthrotomie a été parfaitement suffisante.

Nous préférons l'arthrotomie, parce que, à égalité de résultat, nous faisons subir au malade une opération de gravité presque nulle.

Nous préférons l'arthrotomie, parce que nous respectons le squelette et quand dans un traumatisme articulaire le squelette et intact, nous pensons qu'il vaut mieux ne pas y apporter de dégâts.

Nous préférons enfin l'arthrotomie parce que, dans nos interventions sur une jointure, nous devons toujours avoir l'arrière-pensée d'obtenir un jour ou l'autre la récupération des mouvements ; la chose s'est vue avec une arthrotomie, tandis que la résection équivaut à une ankylose. Mais, si nous préconisons l'arthrotomie, nous la préconisons à certaines conditions : *il faut que cette intervention soit aussi précoce et aussi large que possible.*

Tous ceux qui ont vanté l'arthrotomie, depuis Lister (1871), Nussbaum, Valkmann, Schede (1874), Albert (de Vienne 1876), Scriba, Bœkel (1877), Lucas Championnière (1879), jusqu'à Jalaguier (1886), qui a consacré à ce sujet sa remarquable thèse d'agrégation, tous ont insisté pour que l'arthrotomie fût large et hâtive.

Nous ne dirons pas : « dès que l'on constate la présence de pus dans la synoviale faites l'arthrotomie », ce serait déjà trop tarder. Il nous arrive un malade avec une plaie souillée, nettement pénétrante ; cette plaie produite par un corps septique, est restée plus ou moins longtemps à découvert, en contact avec des vêtements généralement malpropres ; vous constatez l'écoulement de la synovie ; pour peu qu'elle vous paraisse louche, faites l'arthrotomie.

Voilà donc le premier terme, elle doit être précoce ; il en est un deuxième, elle doit être large ; supposons qu'il s'agisse d'un genou où cette lésion est la plus fréquente et la plus grave ; faites non pas une ou deux incisions, mais quatre, suivant le procédé d'Ollier ! Endormez votre malade, désinfectez la plaie et faites deux incisions latérales antérieures longues de 8 à 10 centimètres de chaque côté de la rotule s'étendant assez en haut et en bas pour drainer les deux culs-de-sac antérieurs, sus et sous-rotuliens ; les deux autres sont les incisions habituelles de décharge, de 4 à 5 centimètres de long et placées, l'interne en avant du tendon bicipital au-dessus de son insertion péronéale, l'interne entre les muscles de la patte d'oie, entre le demi-tendinien et le demi-membraneux d'une part, et le droit interne et le couturier de l'autre. On place dans ces incisions des drains qui auront un sujet sous-synovial et non interosseux. Nous ne recommanderons pas le drainage du creux poplité, car on connaît le cas malheureux du Pr Berger (1886) dont un malade mourut d'hémorragie, déterminée par l'ulcération de la poplitée au contact du drain. Pour toutes les autres articulations on fera les incisions classiques, toujours avec nettoyage extrêmement minutieux de toute la cavité articulaire. La suppuration est-elle constatée quand le malade nous arrive ? Vous pouvez faire une arthrotomie plus large encore en taillant, suivant le procédé de Bœckel, un large lambeau à base supérieure et comprenant la rotule. (Obs. X de Jalaguier.)

En appliquant rigoureusement ces principes, on obtiendra probablement des résultats plus satisfaisants. Jalaguier nous présente 42 arthrotomies pour plaies pénétrantes avec trois morts. Nous présentons nous-mêmes trois observations pénétrantes articulaires ; dans deux cas de plaies (un genou et un coude) nous avons obtenu une ankylose en bonne position ; dans le troisième (un coude) le malade a récupéré le fonctionnement de sa jointure.

Observation I. — Serv..., Louis, 43 ans, charretier, entre à l'hôpital Cochin le 17 janvier 1899, pour un traumatisme du coude droit. Marchant à côté de la voiture qu'il conduisait, le malade fait une chute à la suite d'un brusque mouvement du cheval et une roue de la voiture lui passe sur son coude, le prenant dans la flexion à angle aigu, le bras écarté du tronc et l'épitrochlée reposant sur le sol. La roue a passé sur l'articulation. Au moment de son entrée, l'interne de garde met un pansement antiseptique humide et place le membre dans une gouttière ; 20 c.c. de sérum antitétanique sont donnés au malade en injection hypodermique.

Le 18 *janvier*, au matin, le coude est très augmenté de volume, portant à sa partie interne une plaie qui communique avec l'articulation et qui donne accès dans une cavité résultant d'un décollement superficiel remontant jusqu'au tiers inférieur du bras. Les mouvements, même les plus légers, sont douloureux et, tandis que l'extrémité supérieure de l'humérus paraît indemne, l'extrémité inférieure du même os est le siège d'une douleur et d'une crépitation des plus nettes. On procède à une désinfection aussi complète que possible de la région. Brossage au savon, lavage à l'alcool, à l'éther et au sublimé ; un drain est introduit sous le décollement, et une pointe de compresse humide va jusqu'au foyer de la fracture. Pansement humide ; le bras est remis dans une gouttière, en demi extension.

Le 19 *janvier*, surlendemain de l'accident, le pansement est entièrement renouvelé ; le coude est très œdématié et porte une vaste ecchymose antérieure et interne.

Le 20 *janvier* et les jours suivants, le pansement est renouvelé, il s'écoule du pus par la plaie cutanée ; on fait des lavages à l'eau oxygénée au cinquième, et au sublimé, l'œdème disparaît progressivement ; le pouls est bon, quoiqu'un peu fréquent ; la température, le 21, a atteint 39°.

Le 23 *janvier*. La température est tombée à 37°, l'œdème du bras a presque complètement disparu.

Opération : L'exploration des extrémités osseuses montre qu'il y a une *fracture à plusieurs fragments de l'extrémité inférieure de l'humérus.* Une incision est faite sur le côté externe du coude ; la cavité articulaire est complètement nettoyée et débarrassée des caillots sanguins et du pus qu'elle contient ; on place un premier drain sous le décollement ; un deuxième traverse l'articulation pour sortir en dehors et en

dedans; les fragments sont remis en place; le coude est immobilisé à angle obtus, dans un plâtre échancré, assez longuement en dedans au niveau de la plaie primitive, légèrement en dehors, au niveau de la plaie opératoire.

Le 24 *janvier*, le pansement est refait. Irrigation du foyer de la fracture à l'eau oxygénée et au sublimé. Les jours suivants, même pansement, les drains sont remplacés par des drains de plus en plus petits.

Le 1er *février*, les drains sont enlevés et les lavages supprimés.

Le 7 *février*, l'infection étant très notablement diminuée les pansements ne sont plus faits que tous les deux jours.

Le 15 *février*, le plâtre est enlevé définitivement, l'ankylose est complète au voisinage de l'angle droit; dans la suite les pansements sont espacés de plus en plus.

Le 25 *février*, le malade quitte l'hôpital sur sa demande avec un pansement sec qu'il vient faire changer tous les quatre jours.

Le 9 *mars*, le malade rentre dans le service pendant huit jours; nettoyage et désinfection de la plaie.

Le 15 *mars*, la plaie primitive est fermée (la plaie opératoire l'est depuis longtemps); le malade quitte l'hôpital et vient à la consultation pour se faire masser jusqu'à la fin du mois.

Etat actuel. Le 14 *octobre*, le malade se présente avec le bras en écharpe; l'examen permet de constater que le bras et l'avant-bras sont dans un même plan, l'avant-bras étant en pronation permanente. Le coude est très élargi; la mensuration au niveau du pli articulaire donne : à droite (côté malade), 26 centimètres; à gauche, 23 centimètres. Le condyle huméral est déjeté en dedans.

L'ankylose huméro-cubitale est moins complète qu'à sa sortie de l'hôpital; les mouvements sont toutefois très limités, la flexion et l'extension ne dépassent pas 4-5°. L'articulation radio-cubitale supérieure est intacte, les mouvements de pronation et de supination sont possibles (mouvements provoqués seulement).

L'atrophie musculaire est très prononcée et porte sur tous les muscles du membre.

Le bras ne paraît pas raccourci; de l'apophyse coracoïd à l'épitrochlée, la mensuration accuse : à droite, 29 centimètres; à gauche, 30 centimètres.

A l'avant-bras l'atrophie musculaire est moins prononcée; l'amaigrissement porte également sur les muscles de la main, notamment sur l'éminence Thénar. Il existe quelques troubles de sensibilité.

Observation II. — Char. Bert..., 32 ans, terrassier, entre à l'hôpital le 22 mai. Le malade a glissé au bout d'un trottoir et s'est trouvé la jambe droite prise entre une voiture de maraîcher et le rebord du trottoir; voulant essayer de se hisser sur la voiture, pour éviter un accident, il glisse sur le marchepied; il tombe, son genou *droit* heurte violemment le rebord de ce marchepied et une première plaie se fait sur la *face interne du genou*. Le malade se tient accroché à la voiture, qui le traîne sur un parcours d'environ 10 mètres; une nouvelle plaie se fait sur la *face externe du genou*. Lâchant enfin le point d'appui auquel il s'était cramponné, il tombe complètement, la voiture lui passe sur la *jambe gauche*, à l'union du tiers inférieur et du tiers supérieur; il se faisait une fracture au tiers moyen. A son arrivée, on constate:

Une large plaie recouvrant le genou tout entier; mais superficielle en avant, où elle recouvre la rotule intacte, cette plaie est au contraire profonde sur les côtés; les téguments y sont détruits, les ligaments arrachés, les condyles fémoraux mis à nu; de plus, la plaie interne, beaucoup plus étendue, est entièrement sale et souillée par de la terre. L'articulation est largement ouverte et soit en dedans, soit en dehors, une sonde cannelée y pénètre facilement; la pression sur les deux côtés fait sourdre un liquide synovial déjà épais et très louche. Près de la base de la rotule, enfin, il existe un vaste décollement qui remonte sous le triceps.

Dès son arrivée, le malade est endormi; on réduit la fracture de la jambe gauche et on met le membre dans un appareil plâtré. On fait, comme dans l'observation précédente, un nettoyage minutieux des plaies du genou gauche; de longues incisions, en dedans, en dehors, en avant, ouvrent plus largement la cavité articulaire et le décollement, et on place des drains dans chacune de ces incisions, le membre est immobilisé après pansement humide, dans un appareil plâtré et on fait une injection antitétanique. T. 37°,4 le matin, 39°,4 le soir.

Le pansement est renouvelé tous les jours, les plaies sont bien asséchées, car un pus épais s'écoule par les ouvertures avec des débris sphacélés; la fièvre oscille entre 38 et 39° le soir, mais le faciès reste toujours très bon. Cependant, le 30 *mai* au soir, la température monte à 40°. Le lendemain, les incisions latérales sont agrandies aux ciseaux; la fièvre diminue alors graduellement, pour tomber, le 7 juin, à 37° le matin et 37°,4 le soir.

Etat stationnaire jusqu'au 20 *juin*. Tous les jours les pansements sont refaits avec un soin minutieux.

Le 22 *juin*, notre externe, M. de Lacrouzille, qui a mis tout son zèle aux soins de ce malade, s'aperçoit que la jambe s'œdématie depuis le pied jusqu'au genou; le malade se plaint de souffrir dans cette jambe et l'exploration de la saphène montre qu'il s'agit d'une phlébite; les plaies ont cependant bon aspect, mais avec peu de tendance à la cicatrisation; la température est remontée un peu avec la phlébite, et le 17 juin le thermomètre marque 39° le soir. De plus, les douleurs empêchèrent la remise du plâtre pendant deux ou trois jours et le genou se met dans un très léger degré de flexion.

Du 27 *juin* au 13 *juillet*, l'amélioration s'accentue, les plaies se comblent, la fièvre disparaît.

Durant deux mois, du 13 juillet au 15 septembre, pas de température; les pansements ne sont plus faits que tous les trois jours; les plaies diminuent d'étendue; les drains sont employés de plus en plus petits.

Vers le 13 *octobre*, la phlébite est considérée comme complètement guérie, le membre est resté dans un léger degré de flexion, les plaies du genou sont presque comblées; les condyles fémoraux sont complètement recouverts et l'articulation est fermée; le stylet mène encore sur un point dénudé du condyle interne.

Le 15 *octobre* ces drains sont supprimés.

Actuellement (24 *octobre*) le membre est ankylosé dans un léger degré de flexion, mais avec une très légère subluxation externe du plateau tibial avec plaie superficielle, de la grandeur d'une pièce de cinq francs sur la face interne du genou; l'os est complètement recouvert de périoste et de parties molles. Nous lui ferons probablement une résection plus tard, mais notre opération sera absolument aseptique.

Observation III. — Raub..., Jean, âgé de 53 ans, forgeron, entre le 27 juillet 1899 à l'hypital Cochin, salle Boyer, pour une lésion du coude.

Il sortait un objet de la poche de son pantalon lorsque l'extrémité d'une poutrelle en fer l'atteint, surprenant son coude dans cette position, c'est-à-dire porté en arrière et à peu près dans la flexion à angle droit. Le choc porta sur la partie externe du coude et y produisit une plaie profonde; le premier pansement est appliqué à l'hôpital Boucicaut; le malade n'entre dans notre service que le lendemain matin. A l'examen nous constatons sur la face externe du coude l'existence d'une plaie profonde, large comme une pièce de 5 francs; dans le fond de la plaie on voit très nettement une surface articulaire, ce qui, au premier abord et sans examen préalable, fait croire à une luxation de l'olécrâne en arrière, en haut et en dehors; le coude est très augmenté de volume, extrêmement douloureux, à la moindre tentative de lui faire exécuter un mouvement, et à la palpation, on dénote, de la façon la plus nette, de la mobilité anormale et de la crépitation. Sans hésiter nous décidons l'intervention, car de toutes façons une désinfection et un drainage nous paraissent indispensables, pour éviter des accidents graves. Une incision est faite sur la face externe de l'article, où existe déjà une plaie; nous constatons immédiatement que nous avons affaire à une fracture du condyle externe de l'humérus, mais présentant quelques particularités intéressantes : le trait de la fracture oblique en bas et en dedans, a détaché le condyle huméral et la lèvre externe de la trochlée; ce fragment a fait une rotation sur lui-même de 90°, tournant sa surface articulaire en arrière et surtout en

haut; la surface de section regarde en arrière et en dehors; en soulevant le fragment on aperçoit une cavité dans laquelle on remarque la surface de fracture de l'extrémité humérale, la surface articulaire de la cupule radiale et un peu de la cavité sigmoïde.

Nous pratiquons une désinfection aussi complète que possible de la cavité articulaire et du foyer de la fracture; nous remettons en place le condyle externe et comme nous constatons qu'il est difficile de le maintenir, nous pratiquons une suture osseuse avec un fil d'argent; sur la face postérieure des deux fragments réunis, nous suturons le périoste et le tendon tricipital.

Quelques points sont faits à la peau, mais nous laissons un drain avec pansement iodoformé. Le membre est mis dans un plâtre, échancré à la partie externe, l'avant-bras en demi flexion.

Le lendemain de l'opération, la température est de 37° le matin, de 38°,6 le soir, mais le surlendemain elle retombe à 37° pour y rester définitivement, ne remontant que de 4 à 5 dixièmes le soir.

Le pansement est fait tous les jours; le drain donne pendant les premiers jours seulement un léger suintement de sérosité, puis plus rien; si bien qu'au bout de six jours, le drain est enlevé. Le huitième jour, le plâtre est enlevé, et on essaie quelques mouvements; cette mobilisation d'ailleurs est facile, le malade n'accuse aucune douleur et le coude ne paraît pas avoir tendance à s'enkyloser. A chaque pansement (tous les jours) on ébauche les mouvements de flexion et d'extension, qui deviennent de plus en plus faciles et de plus en plus étendus. Le dixième jour la plaie extérieure est guérie, la suture osseuse paraît tenir et les mouvements, déjà très étendus, ne sont accompagnés d'aucune douleur. Nous devons ajouter que, durant ce temps, le malade nous donna une légère émotion.

Vers le huitième jour il fait de l'ictère, d'abord léger, puis très foncé avec pigments biliaires dans les urines, décoloration des selles et douleur dans l'hypocondre droit.

Mais comme la lésion locale continuait à s'améliorer, qu'il n'y avait aucune réaction, soit locale, soit générale, notre émotion ne dura pas. Le malade quitte le service le 30 septembre, le coude jouissant à peu près de tous ses mouvements, avec une force beaucoup moindre que la normale; il n'y a aucune déformation extérieure. L'ictère a peu à peu disparu. Le malade revient tous les deux ou trois jours se faire masser et électriser son membre supérieur.

Actuellement, 20 *octobre*, le malade fléchit et étend son avant-bras et exécute ses mouvements de ponctions et de supuration, à peu près aussi bien qu'avec le membre sain; mais la force n'est pas encore revenue et le malade serre encore faiblement avec sa main droite. Le membre présente quelques troubles trophiques, concernant les muscles qui sont un peu amaigris et le membre est souvent recouvert de sueurs.

MÉDECINE PRATIQUE

De l'administration des médicaments par les fosses nasales, de l'alimentation par la même voie ;

Par le Dr SALOMON (de Savigné-l'Évêque).

Le praticien est souvent embarrassé pour administrer des médicaments à certains malades, lorsque leur état ne permet pas de le faire par la voie buccale, sans *difficulté*, sans *violence* et sans *danger*. La méthode hypodermique et la voie rectale ne nous accordent pas toujours une entière satisfaction, et, nous regrettons alors, de ne pouvoir arriver, sans le secours de la sonde, jusqu'à l'estomac. L'introduction de cet instrument offre, en effet, quelquefois de grandes difficultés et n'est pas toujours une opération inoffensive, même pour les praticiens les plus expérimentés.

Il existe un procédé que j'emploie depuis vingt ans dans ma clientèle, il ne m'a jamais fait défaut lorsque les autres m'ont manqué ; il consiste à faire pénétrer directement les liquides, sans sonde, à la cuillère, par les fosses nasales. La pratique en est aussi simple qu'inoffensive. Le malade doit être dans le décubitus dorsal, la tête renversée en arrière, maintenue dans cette position par un aide lorsque le malade est agité, ou simplement fixée par une des mains de l'opérateur, si le malade est calme. Pour rendre plus facile l'introduction du liquide, vous pouvez la faire précéder d'une opération préliminaire, qui n'est pas indispensable, car je l'omets souvent sans inconvénient, mais qui néanmoins peut être utile. Avec un tampon d'ouate hydrophile, imbibée d'une solution de cocaïne au 20/00 et introduit aussi profondément que possible dans les fosses nasales, vous badigeonnez la muqueuse pituitaire, qui est ainsi anesthésiée. Après avoir obturé avec de la ouate une des narines, vous approchez de l'autre une cuillère pleine de liquide. Il n'est pas indifférent de verser le liquide à n'importe quel temps de la respiration ; il faut attendre une inspiration, et, au moment précis où elle commence, vous versez en inclinant la cuillère. En vertu des lois de la pesanteur, le liquide légèrement aspiré, s'écoule doucement et tombe derrière la glotte sans y pénétrer, se contentant, en passant sur le pharynx, de provoquer par sa présence des mouvements de déglutition, qui le font progresser de l'œsophage vers l'estomac.

Ce procédé trouve son indication chaque fois que les autres sont *insuffisants*, *difficiles* ou *dangereux*. Son application semble alors d'autant plus facile, que l'on hésite davantage à employer les autres ; c'est même là le critérium de l'utilité de son emploi. En un mot, ne l'employez que lorsqu'il vous sera impossible de faire autrement, et vous serez surpris d'être si facilement tiré d'embarras. Vous l'apprécierez dans l'ictus apoplectique des paralytiques, dans une crise d'hystérie ou d'éclampsie, auprès des malades récalcitrants, les délirants, les aliénés et les enfants. De ce procédé, dont je garantis l'innocuité parfaite, l'ayant pratiqué pendant vingt ans sans un seul accident, vous retirerez de grands avantages. La suppression en partie de la résistance active ou passive du malade, qui ne peut ou ne veut ouvrir la bouche, ou refuse l'introduction de la sonde, ou lutte contre elle. Combien de fois où je vis des aliénés, la sonde introduite par les fosses nasales, la faire ressortir par la bouche, et la maintenant avec les dents, vous empêcher de terminer l'opération devenue impossible. Je ne parle que pour mémoire, des rares décès résultant d'un accès de suffocation pendant

l'introduction de la sonde; je devrais également passer sous silence les injections de bouillon ou de lait, faites dans les bronches, par une main inexpérimentée, et ne rien dire des gastrorragies provoquées par l'arrivée inopportune d'une sonde, dans un estomac tout disposé à s'ulcérer.

Lorsque vous introduisez un liquide directement par les fosses nasales, vous n'avez jamais d'accès de suffocation. J'ai pu administrer des médicaments que les muqueuses tolèrent difficilement, des liquides alcooliques, par exemple de l'eau-de-vie allemande, sans provoquer ni spasme, ni même de toux, cela tient sans doute à ce que le liquide, qui ne passe pas sur l'épiglotte, ne produit pas dans cette région l'excitation qui détermine les accidents. Vous diminuez la répugnance des malades pour certains médicaments, en supprimant le rôle de la langue, et par suite vous atténuez la saveur des substances, qui ne sont plus tributaires que de l'odorat.

Pour les enfants c'est précieux. Ce procédé est à la portée de tout le monde, par la facilité de son emploi et sa parfaite inocuité.

Apprenez cette manœuvre aux gardes-malades, vous vous débarrasserez ainsi de l'ennui de sonder vos clients, et en même temps de l'inquiétude de les voir alimentés d'une façon insuffisante, ou être privés de médicaments. Vous connaissez tous les motifs si souvent invoqués : « Nous n'avons pas pu donner de médicaments au malade, parce que nous n'avons pu lui ouvrir la bouche. Nous avons été forcés de cesser la potion, parce que le malade avalait de travers, etc... »

Le seul reproche que l'on puisse adresser à cette méthode, c'est qu'elle est lente, et, à première vue, paraît insuffisante et trop longue pour alimenter sérieusement un malade. Il ne faut certainement pas essayer d'introduire, de cette façon, plusieurs litres de bouillon par jour, il faudrait bien du temps et une certaine dose de patience; mais vous pouvez remplacer la quantité par la qualité, et introduire, sous un petit volume, ce qu'il faut pour entretenir le malade dans un état satisfaisant : des jaunes d'œufs délayés dans du lait, par exemple. L'opération réclamera quelques minutes, pour une alimentation suffisante. Je n'ai pas l'intention de m'attribuer la paternité d'un procédé qui doit être connu, bien qu'il n'en soit jamais parlé dans aucun ouvrage de médecine, mais je crois faire œuvre utile, en essayant de le vulgariser, sachant les services qu'il peut rendre surtout aux médecins de campagne, qui, j'en suis persuadé ne dédaigneront pas d'essayer cette méthode. Elle sera aussi avantageuse pour le médecin que pour le malade, supprimant aux premiers les ennuis d'un déplacement inutile, et assurant aux autres des soins dont ils sont souvent privés.

Infanticide et peine de mort en Angleterre. — Il y a quelques jours, Mlle Masset, institutrice française à Londres, coupable d'avoir tué son enfant, a été condamnée à mort par la justice anglaise. La sentence de mort doit être excutée le 9 janvier prochain. La directrice du journal *la Fronde* vient de prendre l'initiative d'un appel à la clémence royale, et demande aux institutrices françaises de signer avec elle une supplique « à la grande reine qui fut toujours mère parfaite ». L'appel de ces femmes en faveur d'une femme porte encore ces mots : « Trop de sang coule en ce moment. Faites que celui d'une femme n'aille pas grossir le torrent maudit. Pardonnez, malgré la monstruosité du crime commis, car la pitié ne serait plus elle-même si elle se laissait étouffer par l'indignité des coupables. » (*Radical*, 30 décembre.) Malgré ces protestations, Mlle Masset a été exécutée le 9 janvier, à l'intérieur de sa prison. N'est-ce pas un peu sauvage? Abolissons la peine de mort.

Centenaire. — Une dame Thomas, domiciliée à la Villette, vient de mourir à l'âge de cent quatre ans. Elle avait conservé toute sa lucidité d'esprit. (*Le Soleil* du 24 décembre 1899.)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'assistance médicale gratuite dans le département de l'Ille-et-Vilaine.

Dans un remarquable travail sur l'*Application de la loi du 15 juillet 1893* (assistance médicale gratuite) (1), M. le Dr R. Millon constate que cette loi, dont personne ne peut discuter la nécessité et le caractère éminemment philanthropique, n'est, au bout de près de sept ans, que très imparfaitement appliquée. Les Conseils généraux et les municipalités de certaines régions ont, sous des prétextes divers et parfois hypocrites, complètemant éludé l'application de la loi. « Ils cherchent, dit M. Millon, à faire retomber sur les épaules d'une seule classe d'individus (les médecins) un fardeau qui devrait se répartir équitablement entre tous les contribuables du département. » Nous avons déjà signalé dans les colonnes du *Progrès médical* (2) la situation du département du Morbihan et l'étonnante résistance que son Conseil général fit à l'organisation de l'assistance médicale ; il faut croire que le mauvais exemple est contagieux, puisqu'aujourd'hui le département voisin de l'Ille-et-Vilaine fait tous ses efforts pour échapper à l'obligation d'assister ses indigents malades. Est-ce par défaut de ressources ? Nous l'aurions souhaité pour l'honneur de ceux qui ont charge de l'administration de ce coin de Bretagne. Mais l'Ille-et-Vilaine, qui occupe le trente-et-unième rang dans l'ordre de la richesse nationale, peut être considéré comme un département très aisé. Il y a donc mauvaise volonté de la part de ce Conseil général et nous en exposerons d'ailleurs, au cours de cet article, les véritables raisons.

Profitant du manque de cohésion du corps médical, le Conseil général avait fort généreusement adopté, pour honorer les médecins de l'assistance, le système de l'abonnement au taux de UN FRANC par indigent et par an. Ce fut un tolle général; les médecins de Rennes, de Fougères, de Montfort, de Redon et Vitré se groupèrent et firent une protestation unanime. Une trentaine de médecins de Saint-Malo acceptèrent seuls le fait accompli, se trouvant dans une situation spéciale à cause de la richesse des stations balnéaires qu'ils ont à desservir.

Le préfet de l'Ille-et-Vilaine, persuadé qu'une telle unanimité ne pouvait résulter que d'une inacceptable injustice, convoqua le Conseil général en séance extraordinaire. Ce dernier se montra inébranlable, le taux de l'abonnement resta à un franc; cependant il daigna porter de un franc trente à un franc cinquante le tarif d'abonnement en faveur du médecin, que l'éloignement d'une officine met dans l'obligation de fournir de médicaments le malade qui a recours à ses soins.

Les médecins persistent à refuser de se prêter à cette plaisanterie de mauvais goût. Les conseillers généraux savent très bien que nos confrères sont assez dévoués pour assurer gratuitement les secours d'urgence, mais s'ils continuent à le faire, ils le feront

(1) *Bull. off. de l'Un. des Synd. méd. de France*, 5 et 20 nov. 1899.

(2) *Progrès médical*, 13 août 1898, page 99.

librement, en dehors de toute contrainte et contrôle administratifs.

Toute personne de cœur, et il en est encore en France, flétrira la conduite de ces conseillers généraux qui, pour un franc par an, veulent obliger un médecin à soigner un malade dont le domicile est souvent à trois ou quatre lieues de sa résidence et qui comptent, avec un supplément de dix sous, assurer pour l'année les médicaments nécessaires à chaque indigent porté sur la liste d'assistance. L'exemple des Conseils généraux est d'ailleurs suivi par les maires qui s'ingénient à rogner encore sur ces honoraires fantomatiques. Au lieu d'inscrire sur la liste d'assistance tous les indigents de la commune, ces sages administrateurs ne dressent pas de listes ou n'y mettent que quelques noms, de sorte que l'abonnement ne porte que sur les indigents malades.

Le gouvernement, qui a le devoir de veiller à l'application de la loi, ne doit pas tolérer de semblables procédés; car la conduite du Conseil général de l'Ille-et-Vilaine paraît surtout méprisable quand on connaît le dessous des cartes et que l'on peut juger les véritables raisons de ces singulières économies.

Ces raisons sont celles de la plus basse politique, de l'intérêt électoral. Si l'assistance médicale gratuite existait en Ille-et-Vilaine, M. le Curé ne soignerait plus les malades, les bonnes sœurs seraient tenues de fermer leur pharmacie clandestine et certain châtelain, actuellement sous le coup d'une plainte en exercice illégal de la médecine, n'ayant plus à arracher de dents, de soins à donner, ni de remèdes à céder, perdrait le meilleur de son influence et verrait compromis son siège de conseiller général. Voilà la véritable raison de ce mépris de la loi. Comment un gouvernement républicain pourra-t-il accepter cet état de choses? Quelle mesure prendra-t-il pour rappeler au Conseil général de l'Ille-et-Vilaine ses devoirs administratifs? Tolérera-t-il longtemps cette exploitation éhontée de l'assistance et du médecin? C'est ce que nous dira l'avenir. En attendant nous croyons que tout honnête homme doit énergiquement protester contre de pareils abus et nous remercions, au nom du corps médical, nos confrères de l'Ille-et-Vilaine du bon exemple qu'ils donnent en résistant aux méprisables procédés de leur Conseil général.

J. NOIR.

AVIS POUR LES NUMÉROS MANQUANTS

Les numéros manquants de 1899, réclamés avant le 31 janvier 1900, seront envoyés gratuitement. Après cette date, pour les numéros de 1899 et autres, le prix sera de 20 centimes par numéro.

CANONNADE FÉCONDE. — « Un journal boër de Vryheld cite un épisode de haut comique. Une batterie d'artillerie ayant voulu faire des expériences de tir, les officiers achetèrent cinquante chèvres qu'on attacha sur un mamelon. Après les avoir mitraillées une heure durant, les officiers vinrent compter combien il restait de *chèvres vivantes* : il y en avait cinquante-deux ! L'une d'elles venait de mettre bas. » (*L'Aurore*, 8 octobre 1899.) Les chèvres, comme les femmes, n'échappent pas à l'influence des *émotions*... vives.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 6 janvier 1900. — PRÉSIDENCE DE M. TROISIER.

M. MEUNIER (de Pau) a étudié trois cas de *localisations extra-pulmonaires de bacilles de Pfeiffer*. Il s'agissait de grippe chez des enfants de vingt mois, seize mois et six ans, ayant déterminé à elle seule des lésions suppuratives dans la plèvre, les méninges cérébrales et le fémur. L'examen bactériologique de ces trois cas a été poursuivie rigoureusement, et le bacille de Pfeiffer a été nettement isolé; les ensemencements ont donné des cultures très abondantes et pures. La méningite grippale a déjà été signalée; la pleurésie grippale purulente et l'ostéopénostile à bacilles de Pfeiffer ne semblent pas avoir été observés.

M. L. MARTIN a obtenu expérimentalement chez le lapin des méningites à *bacilles de Pfeiffer*. L'animal succombait à l'inoculation microbienne sous-méningée, et résistait au contraire à l'inoculation sous-cutanée. Les produits toxiques ont donné des résultats positifs après l'inoculation sous-arachnoïdienne.

MM. CHARRIN, GUILLEMONAT et LEVADITI étudient l'insuffisance de développement des *rejetons issus de mères malades*. Des femmes atteintes de tuberculose, de dothiénentérie, d'alcoolisme au cours de la grossesse peuvent engendrer des enfants à développement insuffisant porteurs d'anomalies diverses, sujets à l'hypothermie, l'entérite, l'albuminurie, etc. Il ne s'agit probablement pas ici d'infection; il est rare qu'on puisse déceler l'agent microbien. On ne peut non plus rattacher ces anomalies à une lésion spéciale (atrophie digestive) aucune n'a paru invariable, et du reste réclamerait un facteur primitif.

Tout en admettant ces facteurs à titre secondaire, les auteurs pensent qu'il s'agit de tares cellulaires nutritives ou fonctionnelles : chez les débiles, l'absorption est plus réduite, la désassimilation plus active, l'utilisation des matériaux moins parfaite. Le kilogramme de matière vivante de ces enfants rayonne à huit décimètres carrés chez ces enfants, à six chez les normaux. A égalité calorique, les premiers se refroidissent plus vite, d'autant que les pertes ne sont pas réduites par la graisse, mauvaise conductrice. Or, sous peine de déchéance, les cellules doivent conserver une certaine chaleur; comme elles brûlent moins et moins bien, tout en se refroidissant plus vite, elles sont fatalement exposées à l'hypothermie et au surmenage. En effet, le thermomètre marque 36°, 35° et le calorimètre indique à l'heure 5 à 7 calories, et 8 ou 9 pour les enfants sains. L'examen de tel groupe de cellules laisse reconnaître, par exemple, pour le corps thyroïde ou les capsules surrénales, qu'il y a de la sclérose de la dégénérescence. Aux tares nutritives sécrétoires et chimiques, il faut donc ajouter des tares cellulaires anatomiques et physiologiques. Quelles en sont les origines : ou bien chez la mère malade, les principes morbides ont altéré les cellules, parmi elles les aniles, leurs granulations, c'est-à-dire les éléments primordiaux de l'embryose formé par suite de particules tarées; ou bien les poisons (alcool, toxines, etc.), sont allés au travers du placenta, détériorer les tissus du fœtus qui se trouve dans la situation d'un animal recevant ces poisons morbifiques par la circulation, c'est-à-dire par la voie la plus nuisible. La plaie intestinale, devant ces défenses, locales et générales, si réduites, peut acquérir une virulence inaccoutumée; de plus, les cellules refroidies, surmenées, mal nourries, placées au contact de plasmas toxiques acides dégénèrent forcément.

M. DOMINICI émet des considérations générales sur la structure des *appareils hémato-poïétiques* qui sont constitués par deux variétés à tissus : myéloïde et tissu lymphoïde. Le tissu myéloïde prédomine dans la moelle osseuse; le tissu lymphoïde dans les ganglions. La rate semble essentiellement formée de follicules lymphatiques entourés par des lacunes sanguines où sont nettement apparents

les hématoses et les giganto-phagocytes. En réalité, cette zone est caractérisée par une structure à zone myéloïde latente. Celle-ci se révèle d'une façon manifeste sous l'influence de la gestation et de causes provocatrices d'anémie et d'infection. On peut rapprocher la moelle splénique de la moelle diaphysaire des os longs.

M. Pérez dépose une note sur *l'hystolyse* dans les *muscles des fourmis*. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 9 janvier 1900. — Présidence de M. le Pr Panas.

Les tractions rhytmées de la langue.

M. Laborde montre des radiographies fort intéressantes montrant la reprise des mouvements du diaphragme sous l'influence des tractions rhytmées de la langue.

Polyarthrite déformante de l'enfance.

M. Moncorvo envoie une observation remarquable par le jeune âge du sujet : cinq mois et demi.

Un nouveau filtre.

M. Laveran présente un nouveau filtre inventé par M. Lapeyrère. Ce filtre est basé sur les propriétés désinfectantes de la tourbe et du bioxyde de manganèse.

Un cas de streptococcie.

M. Landouzy présente, au nom de MM. Pagliano et Lop (de Marseille), une observation intéressante de pleurésie droite purulente interlobaire à streptocoques, avec complication d'endocardite aiguë et de streptococcie diffusante : empyème ; injection de 390 c.c. de sérum de Marmorek en deux mois.

La fièvre pernicieuse dysentérique.

M. Laveran sépare absolument la dysenterie du paludisme. Il présente un mémoire basé sur plus de dix mille observations.

MM. Kanellis et Cardamatis concluent que la fièvre dysentérique, dite pernicieuse, doit être rayée du cadre des fièvres pernicieuses ; il n'y a pas de fièvre dysentérique se développant sous l'influence de l'hématozoaire du paludisme, mais seulement des dysenteries compliquées de fièvres palustres.

M. Laveran, de son côté, est arrivé à la même conclusion.

Les arrêts de croissance.

M. Springer étudie les causes de ces arrêts de croissance. Un certain nombre de sujets présentent un ralentissement, et quelquefois un arrêt dans la croissance qui diminue la taille que leur hérédité comporte. Les causes de cet amoindrissement sont, le plus souvent, des intoxications acquises ou transmises par les parents ; telle est l'action de l'alcool, de la morphine, du plomb. De toutes les maladies qui produisent le même effet, l'hérédo-syphilis occupe le premier rang. Toutes les manifestations toxi-infectieuses peuvent aboutir à ce résultat par dystrophie générale en déterminant des lésions du système vasculaire qui entravent le développement. Les troubles gastro-intestinaux chroniques en pervertissant le chimisme de la digestion, entravent l'assimilatiun des éléments nutritifs qui apportent les substances nécessaires à la croissance. La conséquence fréquente de ces élaborations anormales est la congestion du foie. Les auto-intoxications répétées produisent des hépatites chroniques. Les troubles dans les fonctions du foie joue un rôle important dans les arrêts de croissance. Ces faits permettent d'expliquer en partie le rôle néfaste de l'alcool. L'insuffisance thyroïdienne peut également intervenir. L'ingestion de corps thyroïde frais réussit alors fort bien. De même l'insuffisance respiratoire entraînée par les végétations adénoïdes et cédant après leur altération. Les exercices de gymnastique suédoise peuvent également intervenir contre cette insuffisance.

Comme traitement, M. Springer signale encore le mercure dans l'hérédosyphilis, la quinine chez les paludéens, la médication saline et l'hydrothérapie dans le lymphatisme, les bouillies et décoctions de céréales. Il insiste surtout sur l'utilité des excitations locales vers les cartilages de conjugaison. Les procédés pour obtenir cette excitation sont très variés. On peut appliquer la nuit des compresses imbibées d'une solution saline renfermant des eaux-mères, des sels d'eaux-mères et du chlorure de sodium. Les frictions et le massage sont des adjuvants utiles. Mais les applications électriques sont plus efficaces. On peut employer tous les moyens d'excitation locale électrique en ayant recours à la galvanisation, à la faradisation, à la franklinisation. On obtient des résultats rapides en combinant l'électricité statique et la faradisation des muscles qui entourent le cartilage inférieur du fémur. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 29 décembre 1899. — Présidence de M. Troisier.

M. Rendu fait le rapport général sur les travaux de l'année et constate non sans amertume que beaucoup de membres de la Société la négligent et l'oublient. Il annonce que le siège de la Société ne sera plus désormais dans le vieux bâtiment de l'Abbaye, mais au n° 12 de la rue de Seine.

Elections pour 1900.

Président : M. Troisier. — Vice-président : M. Joffroy. — *Secrétaires des séances* : MM. Boulloche et Claisse. — *Trésorier* : M. Hudelo. — *Archiviste* : M. Courtois-Suffit. J. N.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 10 janvier 1900. — Présidence de M. Pozzi.

Envahissement ganglionnaire dans les cancers épithélium.

M. Delbet. — L'envahissement ganglionnaire dans les cancers épithelium est précoce, les cellules cancéreuses ayant comme caractéristique de se développer rapidement du côté des espaces lymphatiques du tissu conjonctif, au lieu du tendon à l'enkystement comme les cellules des tumeurs bénignes ; c'est là un caractère important au point de vue de la théorie parasitaire des cancers ; il n'existe pas, en effet, de psorospermose possédant ce caractère de multiplication.

M. Tuffier pense que, dans le cancer de l'estomac, il faut enlever les ganglions ; mais dans certains cas il est absolument impossible de tout enlever ; ainsi M. Tuffier présente une observation fort intéressante de récidive dans les ganglions deux ans après l'intervention primitive et où une nouvelle opération amena la guérison.

Traitement des kystes hydatiques du foie.

M. Quénu pense que la suture sans drainage a un grand inconvénient ; la paroi de la poche ne sécrète pas en effet, au point de vue physiologique du mot, mais la décompression produit presque certainement une transcavation de bile et du sang, par rupture des capillaires.

M. Quénu présente d'ailleurs cinq observations de kystes hydatiques du foie ; dans trois cas il fit la suture sans drainage, après ablation de la membrane fertile et lavage de la poche ; dans les premiers cas on fut obligé de rouvrir, le liquide transsudé étant devenu septique ; dans le deuxième cas il y eut une hémorragie intra-kystique formidable qui a failli emporter le malade. Le troisième malade mourut rapidement de tuberculose pulmonaire, mais on dut également rouvrir la poche qui en ce cas avait été lavée au sublimé faible. M. Quénu traita deux autres cas de kystes plus petits par capitonnage, et dans lesquels il n'y eut aucun incident. Malgré ces résultats M. Quénu pense que la suture sans drainage n'est pas applicable à tous les cas ; en particulier, quand il s'agit d'un état général mauvais, ou s'il y a des troubles digestifs marqués, il faut redouter l'infection des épanchements intra-kystiques et il vaut mieux, après assèchement de la poche, la fixer à la paroi. Quant au capitonnage, il ne parait pas toujours possible et souvent devra céder le pas à la suture pure et simple.

M. Hartmann apporte deux faits à l'appui de la thèse de M. Delbet; il n'y a pas eu d'exsudation et la guérison fut rapide ; le danger consiste plutôt dans l'abandon d'une vésicule dans la poche etl'exploration doit être minutieuse.

M. Kirmisson communique une observation de kyste hydatique chez un enfant de 16 ans; il fit purement et simplement l'évacuation du kyste, à ciel ouvert et, par une petite incision, l'ablation de la membrane fertile et un drainage de la poche, avec deux drains qui furent retirés 16 jours après. En six semaines la guérison fut complète.

M. Gérard-Marchant, sur quatorze opérations de kystes hydatiques par les méthodes anciennes, a constaté que toujours la guérison était très lente et accidentée, que par conséquent les arguments de M. Delbet lui paraissaient excellents; d'ailleurs, M. Gérard-Marchant a déjà essayé une première fois le capitonnage, qui a parfaitement réussi; l'opération a été retardée par suite de la fistulisation du point où il avait été fait un drainage superficiel.

M. Picqué rapporte deux observations de corps étrangers de la vessie, l'une appartenant à M. Mayet (de Chaumont), l'autre à M. Guillé (de Caen) et où ces deux auteurs ont employé avec succès les voies naturelles.

M. Picqué rapporte une observation de M. Isambert, concernant un kyste congénital des corps thyroïdes, affection intéressante parce que rare.

M. Picqué présente, au nom du docteur Billot (de l'armée), un cas de fracture de l'atlas avec luxation de l'axis, vérifié par la radiographie et n'ayant déterminé aucun symptôme grave.

Schwartz.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE.

Séance du 9 janvier 1900. — Présidence de M. le Dr Kirmisson.

M. Richardière, trésorier, lit un rapport sur l'état financier de la Société.

Statistique des cas de fièvre typhoïde observés à l'hôpital Trousseau en 1899.

M. Netter compare les cas observés pendant l'été 1899 aux cas survenus depuis 1882 dans le même hôpital. La gravité durant deux mois (juillet et août) est manifeste. Avant comme après cette époque, la fièvre typhoïde n'a pas donné une mortalité plus grande. Le traitement employé a été dans les cas bénins de simples lavements froids, dans les cas graves des bains à 38°. Les bains froids ont élé systématiquement abandonnés.

M. Variot demande s'il y a eu des cas de fièvre typhoïde chez les nourrissons et si ces cas ne sont pas particulièrement graves? Chez les nourrissons la fièvre typhoïde est ignorée ou, mieux, souvent confondue avec des infections gastro-intestinales.

M. Marfan. — Il est impossible de donner une statistique portant sur les nourrissons. Chez eux la fièvre typhoïde est plus ou moins grave, suivant l'état de santé antérieur. La séroréaction n'a pas la même valeur chez l'enfant que chez l'adulte. C'est encore un moyen qui manque pour apprécier la fièvre typhoïde chez le nourrisson. Il se demande pourquoi M. Netter a complètement abandonné le bain froid?

M. Netter a remarqué que l'activité respiratoire et la réaction nerveuse survenaient plus rapidement après un bain chaud.

Statistique des cas de fièvre typhoïde observés en juillet, août et septembre 1899 dans le service de M. Descroizilles aux Enfants-Malades.

M. Méry, chargé du service, donne sa technique pour les bains. Il ne lui semble point que le bain froid trouve une contre-indication dans le jeune âge du sujet. Il est partisan du bain à 24 et même 22°. Si on craint le collapsus, les injections de strychnine sont supérieures à celles de caféine.

M. Variot ne peut donner de statistique, étant donné l'installation défectueuse de son service. Il préfère le bain tiède progressivement refroidi, au bain froid particulièrement douloureux.

Statistique du Dr Ausset (de Litle).

M. Ausset regarde la fièvre typhoïde comme rare chez le nourrisson. Après 12 ans, la fièvre typhoïde est peu différente de celle de l'adulte. Avant cet âge elle est moins grave. On ne doit pas avoir de traitement systématique. Il faut adapter sa prescription à l'état du système nerveux. Plus l'enfant est jeune, plus le système nerveux est sensible ; le degré du bain doit donc varier en conséquence.

Le tubage dans les sténoses laryngées survenant au cours de la rougeole.

MM. Richardière et Balthazard. — Dans les sténoses en question, le tubage peut être conseillé. Il suffit généralement de faire un tubage. On peut quelquefois en faire deux; il ne faut pas essayer un troisième tubage : dans ce dernier cas la trachéotomie est supérieure.

Intervention gynécologique sur une fille de 14 ans. Présentation de la malade.

M. Villemin a constaté sur cette fillette un prolapsus utérin survenu brusquement en enlevant un fardeau. Il a fait une amputation du col puis une laparotomie pour fixer l'utérus.

G. Paul-Boncour.

REVUE DES MALADIES DE L'ENFANCE

Rédacteur spécial: M. le Dr PAUL-BONCOUR.

I. — Traité pratique des maladies de l'enfance; par D'Espine et Picot. (J. B. Baillière et fils, 1900.)

I. — La nouvelle édition du traité des maladies de l'enfance de MM. D'Espine et Picot est une bonne fortune. Le nouveau volume, fort important puisqu'il a près de 1.000 pages, a été accueilli avec plaisir par tous ceux qui connaissaient déjà les éditions antérieures et qui s'en étaient servies. Le sens clinique des auteurs, leur connaissance parfaite du sujet, étaient une garantie que cette nouvelle édition serait digne des précédentes.

Elle a été considérablement augmentée et entièrement refondue. Depuis quelques années il est incontestable que la médecine a progressé, que des connaissances nouvelles ont été acquises, que la clarté s'est faite sur un grand nombre de points : aussi les auteurs ont tenu à remanier complètement leur dernier ouvrage, tout en lui conservant sa forme primitive essentiellement pratique.

Il existe une introduction dans laquelle se trouvent les notions d'anatomie, de physiologie et d'hygiène; puis viennent des chapitres sur les maladies générales, sur les maladies du système nerveux, sur celles de l'appareil digestif, du cœur, du poumon, etc.

En dernier lieu arrive un chapitre sur les maladies des nouveau-nés. Un formulaire thérapeutique termine heureusement cet ouvrage qui, je le répète, est éminemment pratique et sera, à juste titre, très prisé par les praticiens et les étudiants.

Je me permettrai, toutefois, de faire quelques critiques, qui seront d'ailleurs peu de chose, si on les met en regard des nombreuses qualités qui abondent dans le travail de MM. D'Espine et Picot. Dans la préface de cette récente édition on lit (page VII) : « L'importance que nous donnons aux indications bibliographiques dans un traité essentiellement pratique paraîtra peut-être exagérée : ces indications s'imposaient néanmoins, soit au point de vue de la probité scientifique, en rendant à chacun ce qui lui est dû, tout en conservant notre individualité, soit comme renseignements pour les travailleurs... » Il semble donc que les auteurs ont voulu apporter un soin particulier à indiquer les origines de chaque progrès. A mon avis, leurs intentions n'ont pas toujours été réalisées. Lorsqu'ils parlent par exemple de la croissance du crâne ils ne font mention que du seul travail de M. Bonifay, dont ils reproduisent les mensurations céphalo-métriques. Or, ce travail manque de précision : les mesures indiquées sont manifestement insuffisantes et, dans ce cas particulier, on peut trouver regrettable de ne pas voir figurer les travaux de l'école d'anthropologie où les procédés du service d'anthropométrie qui font foi en

pareille matière et sont universellement adoptés. Dans un autre ordre d'idées, dans le cours du chapitre sur l'hydrocéphalie, je ne lis nulle part une indication bibliographique renvoyant au mémoire, sur ce sujet, de MM. Bourneville et Noir. J'y vois cependant l'indication de mémoires postérieurs à celui-ci et qui lui ont fait d'importants emprunts.

Il y aurait, peut-être, eu lieu de faire un chapitre distinct sur l'idiotie et d'indiquer ses maladies causales : la sclérose atrophique, la sclérose tubéreuse, les porencéphalies, les encéphalites, etc., etc. C'est là une affection tellement particulière à l'enfance qu'elle eût pu mériter une description spéciale ou bien il eût fallu, tout au moins rappeler les vingt volumes que remplissent les faits observés à Bicêtre. MM. d'Espine et Picot les connaissent certainement et si je parle de cette omission, c'est parce qu'en ma qualité d'ancien interne de M. Bourneville je m'intéresse plus particulièrement à ces questions. Je m'excuse d'insister si longuement sur des questions de détails. Tel qu'il est ce traité des maladies de l'enfance est excellent et mérite par sa clarté, sa nouveauté, et beaucoup d'autres qualités de prendre place dans toutes les bibliothèques.

II — **Les onychophages et la tuberculose** ; par le Dr Derenq. (*La tuberculose infantile*, 15 février, 1899).

II. — M. Derenq que chacun connaît en raison du soin avec lequel il s'occupe de la tuberculose, et par ses savantes communications dans les récents congrès, est persuadé que la contagion joue un rôle prépondérant dans la propagation de cette maladie. Il ne nie point que le terrain ait un rôle important, mais il est d'avis qu'il faut aussi diminuer les chances d'infection par tous les moyens possibles L'onychophagie peut avoir une influence malheureuse sur l'evolution d'une tuberculose et voici comment. Un onychophage dont les doigts sont constamment humides ramassera facilement toutes sortes de poussières qu'il portera sur sa muqueuse buccale avec rapidité, les poussières seront donc dégluties et transportées sur les muqueuses respiratoires. M. Derenq n'a pas la prétention de donner des faits probants de ce mode d'infection, mais il lui suffit qu'elle soit possible pour qu'il la signale à l'attention de ses confrères.

Ces derniers reprochent parfois à M. Derenq d'exagérer les précautions; ils doutent (j'en ai été témoin) des cas cependant indiscutables où la tuberculose aurait pu être évitée par des soins préventifs. Il me semble qu'on ferait mieux de se fier aux observations qu'il recueille dans son dispensaire de l'Œuvre des Enfants tuberculeux, et d'accepter de bonne grâce le principe de la contagion qui a tant de peine à entrer dans les habitudes de beaucoup de praticiens. Il faut louer au contraire tous ceux qui cherchent à convaincre dans un but aussi humanitaire que celui dont il est question ici.

III. — **Les troubles mentaux de l'enfance** (avec préface de M. le Pr Joffroy); par le Dr Marcel Manheimer. (Société d'éditions scientifiques, 1899.)

III. — L'ouvrage de M. Manheimer essaie de combler une lacune. Aucun traité n'avait étudié jusques à maintenant d'une façon complète les troubles mentaux des enfants. Même les traités de psychiâtrie n'avaient pas de chapitre particulier où l'on envisageât les affections mentales de l'enfance. On répète souvent avec plus ou moins de justesse que la pathologie infantile n'est pas aussi spéciale qu'on tend à l'affirmer ; mais il est indiscutable que dans nombre de cas la symptomatologie n'est pas la même. En psychiatrie plus particulièrement les phénomènes se différencient nettement chez l'enfant. Les lésions siègent sur des organes en état d'évolution : il est évident que leur résultat sera tout autre que si la croissance était achevée. Ce volume étudie les faits. à ce point de vue : son utilité est donc indiscutable. La façon dont l'étude est conduite n'est pas moins à louer : M. Manheimer s'est occupé depuis plusieurs années de psychiâtrie et il a cherché, sans y parvenir toujours, à condenser clairement les notions dispersées jusqu'alors dans les traités ou les recueils médicaux.

Le plan général est le suivant : une étude du psychisme de l'enfant normal sert d'introduction à une première partie qui s'occupe de l'étiologie et à une seconde qui étudie les troubles de l'affection, de l'intelligence, de l'activité et de la conscience au point de vue séméiologique. Vient ensuite l'étude paragraphique de tous les cas ou mieux d'un certain nombre de cas, car il y a toute une série d'affections (états d'arrêts) qui ne sont pas traitées dans l'ouvrage. L'auteur nous en avertit du reste. Enfin le travail se termine par une étude médico-légale et thérapeutique de ces affections mentales. Il est évident que bien souvent des questions n'ont pu être qu'effleurées vu le format restreint de ce *Précis de psychiâtrie infantile*. Mais toujours une bibliographie assez soignée permet de consulter les sources où s'est renseigné M. Manheimer.

IV. — **Tubage et trachéotomie en dehors du croup chez l'enfant et chez l'adulte**; par le Dr Sargnon. (J. B. Baillière et fils, 1900.)

IV. — Ainsi que l'indique le titre de l'ouvrage, l'auteur se propose de montrer qu'en dehors du croup il y a des cas nombreux où le tubage est supérieur à la trachéotomie. Pour arriver à des conclusions, que nous indiquerons tout à l'heure, il envisage tous les cas, où une intervention est nécessaire ; il discute le mode de traitement à adopter

Tout cela est remplie de faits personnels et d'observations qu'il a pu trouver ailleurs sur ce même sujet. Il arrive à ces conclusions que dans beaucoup de circonstances le tubage vaut la trachéotomie pour parer immédiatement à une dyspnée grave. Le tube lui semble un excellent agent de dilatation rapide : tandis qu'après la trachéotomie, quand on est obligé de laisser la canule en place, la dilatation est très longue, très laborieuse et souvent inefficace, le malade étant condamné à porter perpétuellement sa canule. En résumé le tubage semble indiqué dans les sténoses, curables et dilatables du larynx et de la partie supérieure de la trachée. La trachéotomie doit être employée dans les sténoses incurables ou les situées. Ce que nous venons de dire constitue la partie essentiellement originale de ce travail considérable. Une première partie s'occupe du mode opératoire de la trachéotomie ou du tubage. Tout est envisagé avec une abondance de détails et avec un soin, qui ont dû nécessiter à l'auteur une somme de labeur devant laquelle beaucoup auraient reculé. M. Sargnon en est récompensé, car à l'heure actuelle il n'existe aucun ouvrage aussi complet que le sien sur ces questions.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Moyen de destruction des rats à bord des bateaux, surtout en temps d'épidémie de peste.

Par P. Apéry (de Constantinople.)

Récemment, à l'Académie de Médecine, la question de l'influence des rats dans la propagation de la peste était à l'ordre du jour; nous sommes heureux de reproduire à ce propos les principaux passages d'un article sur la destruction des rats sur les bateaux que M. le Dr Apéry (de Constantinople) a bien voulu nous communiquer. M. Apéry conseille, pour détruire les rats, l'usage de l'acide carbonique.

« En effet, on sait que l'acide carbonique, sans être un gaz délétère, est impropre à la vie animale et partant asphyxiant. D'autre part, vu sa densité plus grande par rapport à l'air atmosphérique (une fois et demie), il déplace celui-ci dans ses couches les plus basses, de façon que si dans un local bien fermé on laisse de l'anhydride carbonique, une bougie placée à la partie inférieure s'éteindrait ; de même un animal ou un homme qui se trouverait dans les couches inférieures, finirait par s'asphyxier. Cela étant, si l'on place dans la partie profonde de la cale d'un bateau un appareil à acide carbonique, un flacon ou un vase contenant un carbonate quelconque, du marbre par exemple, additionné d'eau aiguisée d'acide chlorhydrique ou sulfurique ou d'un autre acide, ou bien un générateur d'anhydride carbonique liquide ou solide, il résulte tout d'abord que le gaz carbonique, grâce à sa densité, déplacera au fur et à mesure l'air qui y est contenu au point qu'il arrivera un moment où les parties les plus profondes de la cale seront remplies exclusivement de ce gaz et, du même coup, tous les rongeurs qui s'y trouveraient seraient asphyxiés.

Comme il pourrait se faire qu'un certain nombre de rats se trouveraient dans les autres parties du bâtiment, il serait utile de placer dans la cale, et avant l'opération, quelques appâts (noix, fromages, suif, etc., etc.) afin de les y attirer. A l'aide d'une bougie allumée, placée à une certaine hauteur, l'on pourra savoir jusqu'à quelle partie de la cale l'air a été déplacé par l'anhydride carbonique, car elle s'éteindrait aussitôt que l'oxygène viendrait à manquer. L'opération terminée, on doit faire aérer quelques heures après la cale afin qu'un homme puisse y entrer et la débarrasser des cadavres des rats asphyxiés. Cette aération peut être faite à l'aide d'une pompe à air, en chauffant l'air de la cale ou enfin par tout autre moyen de ventilation. Pour être plus sûr du résultat, l'opération à acide carbonique peut être pratiquée deux ou trois fois de suite à un jour d'intervalle.

Avec ce procédé les rats, quand ils commencent à être incommodés par l'absence de l'air, n'ont plus la force de s'enfuir, ils sont paralysés et meurent sur place. (L'acide carbonique produit rapidement l'asphyxie des animaux lorsque l'air en contient les tiers de son volume). Dans tous les cas, si parmi eux il y en a qui parviennent à se sauver, c'est pour quitter la cale et s'en aller plus loin. Aussi, pour éviter tout danger de contamination d'un bateau à un autre ou d'un bateau à la terre ferme, cette opération doit être faite en pleine mer, c'est-à-dire à un ou deux milles de la rade. La dépense peu elevée que présente la production de l'acide carbonique. L'anhydride carbonique est inflammable, presque inodore, et non délétère L'on peut en surveiller et en mesurer le dégagement à l'aide d'une bougie allumée qui sert en même temps de réactif ou signe d'alarme. Grâce à sa densité et, comme gaz, à sa diffusion, l'anhydride carbonique pénètre dans tous les trous et interstices, de préférence les plus profonds. Lorsque les rats sont attirés à l'aide d'appâts, ils meurent sur place, chose fort importante, car ils n'infectent pas les autres parties du bâtiment par la putréfaction de leurs cadavres. Ainsi, on n'a qu'à désinfecter leurs cadavres à l'aide de solutions antiseptiques, puis les jeter dans la mer. Cependant, d'après les travaux et expériences des savants hygiénistes, Montefusco, de Naples et Leone de Munich, l'acide carbonique empêche le développement des microorganismes et fait décroître rapidement leur nombre. La cale, une fois ventilée, peut non seulement être habitée par l'homme, mais elle n'a aucune odeur spéciale, comme cela arrive avec l'acide phénique et les autres désinfectants plus ou moins odorants qui, en outre, attaquent aussi les effets. Ce procédé peut jusqu'à un certain point être employé dans les caves des maisons et des boutiques. Le fait, dû au hasard, qui a contribué à la découverte de ce procédé et qui sert en même temps d'expérience concluante est le suivant : Au commencement du mois de Novembre de cette année se déclarait à Trieste, à bord du bateau *Polis Mytilini* un cas de peste mortel. Aussitôt les mesures hygiéniques les plus rigoureuses furent prises. Lorsqu'on voulut procéder à la désinfection de la cale du dit bateau, on ne trouva pas de rats morts, mais dès qu'on eût enlevé quelques fûts de mélasse, en pleine fermentation, on y trouva quantité de rats morts, tués sans doute par le gaz carbonique qui s'échappait des fûts. Or, c'est cette destruction accidentelle des rats que M. Apéry propose d'être employée scientifiquement à bord des bateaux. Cela prouve encore une fois que lorsque le hasard se met de la partie, il contribue à résoudre des problèmes que bien des savants ont jusqu'alors cherché vainement.

SUPERSTITION. — Un paysan de Noirlieu (Deux-Sèvres), nommé Bacle, convaincu que l'empirique du pays, Gatineau, avait jeté un sort à sa femme, malade depuis longtemps, lui donna rendez-vous et, dès qu'il le vit, lui tira un coup de fusil en pleine poitrine, Gatineau prit la fuite, mais Bacle tira encore dans sa direction, le blessa de nouveau au doigt et, en même temps, cassa le bras à une femme qui se portait à son secours. L'empirique est mort quelques heures après et Bacle a été mis en état d'arrestation. (Le *Temps*, du 24 decembre 1899).

L'ESPRIT DES AUTRES. — « L'enseignement est, pour celui qui sait, la meilleure pierre de touche à controler ce qu'il sait. » (Richepin). *Lagibasse*, p. 74

CORRESPONDANCE

Projet d'une caisse de secours pour les familles de médecins décédés.

M. le Dr Bélières nous adresse la lettre suivante que nous nous faisons un plaisir de publier et qui mérite d'attirer l'attention de nos lecteurs :

Monsieur et très honoré confrère,

Permettez-moi d'appeler votre attention sur un projet que je soumets à notre Société et qui figurera à l'ordre du jour de la séance du 11 janvier. Ce projet a pour but d'apporter un remède d'urgence à un état de choses malheureusement fréquent dans notre profession. La lutte pour la vie devient, en effet, de plus en plus difficile, et nombre de médecins, surpris par un brusque accident ou ruinés par quelque longue maladie, disparaissent trop souvent en laissant leur famille dans une détresse d'autant plus pénible qu'elle a toujours dû être cachée.

Existe-t-il un moyen pratique de venir de suite en aide à cette famille ? Tel est le but de mon projet qui peut être résumé de la façon suivante : 1° Chaque fois qu'il surviendra un décès parmi les membres de la Société du IXe arrondissement, tous les membres s'engagent à payer une somme de cinq francs qui sera versé de suite à la famille du sociétaire décédé ; 2° Ce versement — qui constituera pour chacun un droit absolu et jamais une charité — sera fait par le trésorier, quelle que soit la situation de la famille. Celle-ci jugera seule si elle accepte ou non la somme qui lui sera ainsi remise. Si elle est riche et ne désire pas l'accepter, cette somme sera reversible à la Société qui en décidera l'emploi.

Quelles seront les charges qui résulteront pour nous de cet engagement? Voici quelques renseignements aussi précis que possible : Notre Société compte en chiffres ronds 220 membres, ce qui nous permettrait d'opérer chaque fois un versement de 1.100 francs (moins les menus frais d'encaissement).

Quelle est la mortalité moyenne annuelle des médecins à Paris ? Réponse du directeur général de la statistique : « Il n'existe au ministère du Commerce aucune statistique sur la mortalité des médecins en France. » Réponse du Dr Jamin, président du Syndicat des médecins de la Seine : « Depuis huit ans (date de sa fondation), la mortalité moyenne des membres du Syndicat a été de 1,24 0/0. »

Il est difficile de prendre pour base les décès survenus depuis dix ans dans notre Société, car elle a presque doublé dans ce laps de temps, et, dans ces conditions, un pourcentage exact est impossible. Voici cependant les chiffres des cinq dernières années pendant lesquelles le nombre des sociétaires s'est élevé progressivement à 192, 194, 205, 220 et 228. Pendant ces cinq dernières années, la Société a perdu 7 membres titulaires et 5 membres honoraires, de sorte que nous aurions eu à payer en tout 37 francs (soit 7 francs par an) ou 60 francs (soit 12 francs par an) au maximum. En admettant même que ces chiffres correspondent à des séries particulièrement heureuses, on peut donc affirmer que l'annuité moyenne approximative que nous aurions à verser ne dépasserait par 25 francs.

Or, toutes nos compagnies d'assurances exigent pour assurer en cas de décès une somme de 1.000 francs.

A 30 ans.	24 03	par an
A 45 ans (âge moyen des membres de la Société).	38 34	»
A 60 ans.	71 64	»

Mon projet présente donc un avantage d'être en même temps une œuvre de confraternité, un placement de premier ordre pour chacun d'entre nous, même pour les plus jeunes. C'est, en quelque sorte, une assurance mutuelle type sans frais généraux, sans bureaux, sans actionnaires, sans limite d'age, sans examen préalable, etc. Au point de vue légal, pas d'autorisation à demander, aucune formalité, aucune charge. (Consultation de M. Rousse).

On m'a fait l'objection suivante : La Société du IXe arrondissement est une société relativement riche et la plupart de ses membres sont dans une situation aisée. Mais, raison de mieux pour qu'elle prenne l'initiative d'une mesure qui, je l'espère, sera rapidement adoptée par les Sociétés similaires, par les Sociétés départementales, voire et surtout par le Syndicat des médecins de la Seine auquel elle sera proposée très prochainement. Si mon idée vous paraît bonne, je vous prie de vouloir bien m'adresser votre adhésion avant le 11 janvier.

Si elle soulève des objections de votre part, je vous serai particulièrement reconnaissant de vouloir bien me les soumettre avant la même date.

Veuillez agréer, Monsieur et très honoré confrère, mes salutations les plus empressées. — Dr L. BELIÈRES. *Vice-président de la Société du IXe arrondissement.*

BIBLIOGRAPHIE

Notions d'Anatomie, de Physiologie et de Pathologie appliquées à l'orthopédie; par Beurnier. (Vigot frères, éditeurs.)

M. Beurnier, chirurgien des hôpitaux de Paris, publie sous ce nom les leçons qu'il a professées pendant cinq ans devant les élèves de l'enseignement professionnel de la mécanique orthopédique, prothétique et herniaire. Ce volume comprend surtout les notions d'anatomie indispensables au mécanicien orthopédiste et l'auteur a eu là le mérite de bien faire ressortir tout ce qui a trait aux applications à l'orthopédie. De plus, à l'occasion de chaque chapitre, l'auteur donne des considérations pathologiques pour lesquelles nous employons les appareils orthopédiques.

Dans la deuxième partie de l'ouvrage, M. Beurnier décrit les appareils et leur mode d'application et, comme le dit l'auteur lui-même, pour ce second volume, rien n'était fait; tout était à faire; l'auteur s'est d'ailleurs admirablement acquitté de sa tâche, et nous ne saurions trop recommander ce livre par lequel son auteur atteindra le double but poursuivi par lui : servir à la fois l'intérêt des malades et celui de la science.

X.

El alcoholismo; par E. Deformes et D. Carvalho, un vol. in-8. (Valparaiso, Barbo y Cᵉ 1899.)

Ce petit traité complet de l'alcoolisme commence naturellement par l'étude historique, physiologique, toxicologique, pathologique et sociale de l'alcoolisme, suivie d'une revue complète aussi des moyens jusqu'ici mis en œuvre pour supprimer, diminuer ou combattre le fléau de tout temps et dans tous les pays jusqu'à ce jour. C'est jusque-là une mise au point bien faite de la question. La seconde partie du travail est plus spéciale, nous y trouvons l'exposé de la situation du Chili devant l'alcool : accroissement rapide de la consommation et des désastres qu'elle entraîne, depuis 20 ans environ. 77.817 arrestations pour ivresse (sur 822.488 habitants soit 8 0/0) dont 48.952 ont donné lieu à des jugements. Dans les prisons 1.165 délinquants sont des ivrognes; 44 0/0 des délits sont commis sous l'influence de l'alcool. Il y a au Chili 1 bar pour 147 habitants et pour 12 maisons. En 1894 il a été commis 2.919 crimes dans les débits de boisson. Dans les asiles d'aliénés sur 328 hommes152 sont alcooliques soit 46 0/0. La population s'accroît de moins en moins. L'alcool total à 100°, est consommé à raison de 9 litres 90 par tête et par an; l'alcool à 40° = 3 lit. 11 par tête et par an. L'ouvrage se termine par un projet de loi élaboré par les auteurs et présenté aux pouvoirs publics. La base de cette loi est le monopole de rectification et de vente avec bouteille scellée; impôt énorme sur les alcools d'importation; dégrèvement des boissons fermentées locales, imposition doublée pour celles d'importation. Prohibition des boissons fermentées artificielles et de celles marquant plus de 10°. Dégrévement des thés, cafés, matés, etc. Restriction du nombre des débits à 1 pour 1.000 habitants.

F. Boissier.

Le carcinome du col de la matrice pendant la grossesse, l'enfantement et les couches: par le Dʳ Robert Elmgren.

L'auteur rend compte de trois cas de grossesse dans la matrice carcinomateuse', observés par le Pʳ Engström. Les voici :

I. Octopare de 39 ans. Pendant toute la dernière grossesse elle a souffert de flueurs blanches plus abondantes que pendant les grossesses précédentes. Douleurs dans le fond de l'abdomen et écoulement sanguinolent pendant les trois derniers mois de la grossesse. Faibles douleurs d'enfantement le 26 décembre 1886, à 8 heures après-midi. Les eaux sortent le 27 décembre à midi. Douleurs fortes, 28 décembre à 3 heures après-midi, mais commençant à diminuer déjà trois heures après. A l'arrivée du Pʳ Engström, à 8 heures du soir, il trouve le bord de l'orifice utérin dur et épais, transformé à sa partie extérieure en une masse fendue, saignante et fragile, de la grandeur d'un œuf de pigeon. Le néoplasme occupe tout l'orifice utérin, mais est moins developpé en arrière. Il ne s'étend pas loin vers le haut et n'atteint pas le vagin. A 11 heures, la femme accouche à l'aide du forceps d'un enfant vivant venu à terme.

Le 3 décembre le néoplasme s'étend loin dans la voûte du vagin par devant et à droite; le 2 février 1887 il pénètre profondément dans le tissu cellulaire paramétral. Enucléation; fer rouge. Mort l'été de 1887.

II. Octoparc de 35 ans. Menstruation dernière en novembre 1886; après ce temps écoulement jaunâtre. Depuis le mois de décembre écoulement sanguinolent et purulent avec diminution des forces à haut degré et maux aux reins. Le 6 avril 1897 on constate grossesse dans le cinquième mois. Museau de tanche considérablement agrandi, un peu lobé, en partie formant une masse fragile et cassante, se continuant dans le canal cervical, mais non pas à la voûte. Le canal cervical est ouvert pour le doigt qui peut même passer l'orifice interne. Faible écoulement de sang du col. Les environs de la matrice passablement libres. Le tissu cellulaire à droite du col peu ou presque pas du tout affecté, à gauche, au contraire, beaucoup. La malade est anémique et mal nourrie. Point d'écoulement d'eaux, point de douleurs.

Le 10 avril. Le tissu cellulaire à droite un peu affecté. Par l'orifice interne on touche des parties d'un fœtus. La cavité utérine est large, les parois relâchées. Pas de contractions.

Le 14 avril on pratique l'accouchement forcé. Dilatation obtuse de tout le canal cervical; par une pince de polype on extrait par morceaux le fœtus qui est en haut degré macéré. Les jours suivants la matrice reste relâchée, mal contractée. Un peu d'écoulement de sang, malgré l'administration d'ergotine.

Le 27 avril. Le néoplasme atteint la voûte à gauche et s'étend profondément dans le tissu cellulaire: le 5 juin il atteint le périoste du bassin. Excochléation; cautérisation. Morte le 16 août 1898.

III. Quartipare, 32 ans, femme d'ouvrier. Inscrite dans un hôpital de province le 1ᵉʳ avril 1898 pour écoulement de sang depuis le commencement d'octobre 1897. Alors la lèvre supérieure de l'orifice utérin est transformée en une tumeur, grande comme un œuf de pigeon, inégale, cassable et très saignante au toucher. La lèvre derrière est normale. On fait l'excision de la partie carcinomateuse du col par des tissus intacts. Suture exacte de la muqueuse vaginale contre la muqueuse du canal cervical.

Le 14 février, quand la femme quitte l'hôpital, on ne peut pas remarquer quelque chose d'anormal chez elle. Un mois et demi après l'opération, elle a sa menstruation et devient enceinte. Depuis ce temps elle souffre de fortes douleurs dans les reins et le fond de l'abdomen.

Le 29 juillet elle visite la Policlinique du Pʳ Engström. Les eaux étaient le même matin sans douleurs. Dans la lèvre intérieure de la matrice on trouve un néoplasme plat et à l'aspect de chou-fleur, fragile, s'étendant jusqu'à l'orifice interne du col, comprenant aussi les parties latérales du large canal cervical, mais le laissant presque intact vers le derrière. Le néoplasme atteint aussi le tissu cellulaire paramétral et s'étend presque jusqu'à la vessie. On tâte des parties d'un fœtus, mais n'entend pas de bruits fœtaux. Pas de douleurs d'enfantement avant le 30 juillet à 9 heures du matin, quand elles commencent faibles et peu suivies. Le 31 juillet à 2 h. 1/2 du matin, elle accoucha d'un enfant mort-né. La matrice se contracte mal les jours suivants.

Le 16 août. Excochléation et cautérisation du col de l'utérus. Le néoplasme atteint la vessie et passe au tissu cellulaire jusqu'à la paroi du bassin des deux côtés.

Le 20 août. La femme quitte l'hôpital un peu plus forte qu'auparavant. Ecoulement gris des organes génitaux.

Le 22 septembre. La lèvre postérieure est carcinomateuse. On peut passer le canal cervical par le doigt. Le canal même et la surface intérieure de la matrice sont infiltrés, tubéreux et fragiles. L'infiltration carcinomateuse derrière le col s'étend vers le bas le long des parois du vagin, 3 centimètres tout autour de lui. Abrasion et cautérisation.

Au commencement de décembre tout le vagin est complètement rempli par le néoplasme.

A l'occasion de ces cas, l'auteur relate les opinions différentes des auteurs sur l'influence du carcinome du col à la grossesse, son commencement et son développement. Relativement à la question sur la disposition des femmes, affectées du carcinome du col utérin, pour l'avortement, l'auteur a cueilli de la littérature 155 cas semblables, chez lesquels aucun traitement radical n'a troublé la grossesse. De ces cas la grossesse est venue complètement ou à peu près à terme chez 109. Chez 14, la fausse couche est survenue avant le cinquième mois de la grossesse et chez 32 du sixième au huitième mois, soit avortement en 29,67 0/0.

Des cas mentionnés, on voit clairement la croissance rapide du carcinome pendant la grossesse et les couches et de même son influence sur l'enfantement. M. Engström regarde comme cause des douleurs manquantes ou trop faibles, l'affection carcinomateuse du ganglion nerveux cervical. On ne peut pas douter que ce ganglion est aussi affecté quand le carcinome atteint la voûte et le tissu péricervical cellulaire; et il est plus que probable que cela ne peut rester sans aucune influence sur l'innervation de la matrice. (*Finsk-Läkar*, Handlung, B. XLI, nov. 1899,)

VARIA

Subvention pour l'érection d'un buste à M. Rousselle.

M. Alfred MOREAU, *rapporteur*. — La 4ᵉ Commission a été saisie d'une pétition du Comité de la Maison-Blanche sollicitant une subvention en vue de l'érection d'un buste à la mémoire de M. Rousselle. Nous vous proposons d'allouer 500 francs qui seront versés entre les mains du trésorier du Comité, M. Pinot, mécanicien, 109, rue de la Glacière. Adopté 1899; P. 1826). (*Conseil municipal, séance du 23 décembre*).

L'hommage rendu par le Conseil municipal à l'un de ses anciens membres, les plus méritants et les plus dévoués, doit être enregistré par nous. En effet, Rousselle s'est toujours occupé avec passion des déshérités de la fortune et a fait de nombreux rapports sur les questions d'assistance publique. Personnellement, nous avons toujours eu en lui un défenseur ardent et convaincu des réformes dont nous avions pris l'initiative et qu'il a toujours chaleureusement défendues. B.

XIIIᵉ Congrès international de médecine.

PARIS, 2-9 AOÛT 1900.

Le Comité exécutif du Congrès a l'honneur de porter à la connaissance du corps médical ce qui suit :

1° Une réduction de 50 0/0 sur les chemins de fer français est accordée aux membres du Congrès sur présentation d'une feuille individuelle qui sera envoyée directement à chaque congressiste. La durée de validité de cette feuille sera de un mois du 25 juillet au 25 août; 2° pour la question des logements, des arangements ont été pris avec les principales agences de logements et voyages de Paris. Pour tout renseignement s'adresser directement au trésorier du Congrès, 21, rue de l'Ecole de Médecine, Paris. Pour s'inscrire comme membre au Congrès, envoyer la cotisation de 25 francs et sa carte de visite au trésorier du Congrès, le Dʳ Duflocq, 21, rue de l'Ecole de Médecine, Paris.

L'Avenir de la Médecine.

Au Conseil municipal de Paris, M. André Lefèvre, rapporteur du budget de l'Assistance, a terminé son rapport par une constatation qui fera réfléchir nos confrères, c'est que la médecine tend de plus en plus à devenir un service public. La population parisienne aisée a appris le chemin de l'hôpital; il y a longtemps que le corps médical s'en est plaint, car c'est sur lui que retombe la charge d'un service pour lequel on ne songe guère à la rétribuer.

« Monsieur le Directeur de l'Assistance pourra faire toutes les circulaires qu'il voudra, dit M. André Lefèvre, il n'empêchera pas les malades non nécessiteux de venir encombrer les hôpitaux de Paris; il en sera pour sa peine et il ne pourra réagir contre la tendance générale du moment plus forte que toutes les réglementations.

Or, cette tendance est indéniable. C'est elle qui fait que 60 0/0 environ de femmes qui accouchent à Paris demandent à être accouchées dans les maternités ou par les médecins des bureaux de bienfaisance et que, au total, plus de 52 0/0 l'obtiennent. C'est en raison de ce même état d'esprit que de plus en plus les ouvriers aisés, les petits rentiers, font leur apparition dans les salles de consultation, voire même dans les lits de nos hôpitaux. Il y a là un fait que vous pouvez déplorer, mais contre lequel vous ne pouvez rien. Quoi qu'on dise et quoi qu'on fasse, nous nous acheminons vers le moment où la médecine deviendra un véritable service public, au même titre que la distribution de l'eau potable. C'est une situation que vous pouvez déplorer, je le répète, mais que vous n'avez qu'à constater, car vous ne pouvez rien contre elle. Etudiez les statistiques, consultez les documents officiels et vous verrez qu'on a, de plus en plus, recours à la médecine gratuite. Si vous vous croyez assez forts pour résister à cette formidable et universelle poussée, si vous croyez pouvoir l'enrayer par quelques circulaires ou par quelques règlements, essayez! Nous sommes prêts à contempler vos efforts. Pour nous qui ne croyons pas à l'immutabilité des choses humaines, nous persistons à penser que vos efforts seront vains. Ce n'est pas la tendance générale qui se brisera contre le règlement, c'est le règlement qui cédera devant la tendance.

Oui, il viendra sans doute un jour où personne ne manquera plus de soins, où la nation assurera par des pensions l'existence des vieillards qui auront usé leurs forces à faire sa grandeur et sa richesse, et ce jour verra la réalisation d'un grand progrès. En attendant, ne nous laissons pas aller aux illusions dangereuses, tâchons de faire toujours mieux, de soulager plus de misères, d'adoucir plus de souffrances, mais pénétrons-nous bien de cette idée, qu'en l'état économique actuel, nous ne pourrons jamais les soulager toutes. Ce n'est pas par l'assistance qu'on peut résoudre la question sociale. »

Nous sommes bien obligés d'avouer que les constatations de M. André Lefèvre sont conformes à la réalité des faits et si comme médecins, nous élevons parfois la voix pour nous plaindre c'est que les administrations se déchargent sur le corps médical de devoirs dont elles devraient supporter les charges. Nous avons signalé récemment la besogne énorme qu'on impose à Paris aux médecins des consultations des dispensaires pour une indemnité dérisoire; aujourd'hui nous exposons la situation médicale qu'ose proposer aux médecins de l'Assistance le département de l'Ille-et-Vilaine. Beaucoup de praticiens, on peut en être certain, verraient sans peine se transformer l'exercice de la médecine en service public, si ce service convenablement rétribué les tirait de la misère en redingote et leur assurait le lendemain. J. NOIR.

Les maladies tropicales.

Le *Journal des Débats* exprime son étonnement que des mesures de sérieuse prophylaxie ne soient pas prises dans nos colonies.

« Il est très extraordinaire que, depuis la longue suite d'années où les peuples européens pratiquent la colonisation, on ne se soit pas plus activement préoccupé de les enrayer. On peut dire, sans exagération, qu'on a été à cet égard d'une négligence extraordinaire. Le major Ross, tout récemment chargé de diriger une mission à Sierra-Leone pour déterminer les causes de la fièvre qui fait tant de victimes à la côte occidentale d'Afrique, disait, il y a quelques jours dans une conférence faite devant la section du commerce africain de la chambre de commerce de Liverpool, que l'Angleterre n'avait jamais donné une attention suffisante à l'effrayante mortalité constatée dans ses possessions tropicales. On s'effraye en Europe à la pensée que quelques cochons d'Inde meurent dans les laboratoires à la suite d'inoculations et on laisse avec indifférence des milliers de blancs et des millions d'indigènes succomber à des infections dues à des causes naturelles. A diverses reprises, depuis cinquante ans, certains savants ont paru être sur la trace de la découverte des causes de quelques-unes des maladies qui font le plus de ravage dans les colonies des peuples européens. Jamais comme l'a montré le major Ross, ces efforts individuels n'ont été secondés et on n'a nullement essayé de tirer parti des indications qu'on pouvait ainsi avoir.

« Depuis quelque temps, l'attention du monde médical s'est

portée vers cette situation et on travaille dès aujourd'hui ardemment à rechercher les causes des maladies tropicales. Nous avons déjà eu l'occasion de signaler la création à Londres et à Liverpool d'Ecoles de médecine spécialement consacrées à l'étude de ces maladies. L'été dernier, une mission anglaise à laquelle se sont joints des étrangers est allée à Sierra-Leone rechercher les causes de la malaria, et elle paraît avoir obtenu certains résultats. La lutte contre les maladies tropicales est donc entreprise; il importe qu'on ne l'abandonne pas et qu'on la conduise avec vigueur; de nombreuses vies humaines dépendent de son succès, comme aussi la bonne exploitation de beaucoup de possessions européennes d'outre-mer. »

Nous rappelons à nos lecteurs que le *Progrès médical* s'est, à diverses reprises, occupé de la nécessité de l'enseignement des maladies tropicales, notamment dans un Bulletin du 15 juillet 1899 où notre éminent collaborateur, M. le Pr R. Blanchard étudie à fond cette intéressante question.

Un médecin-major mangé par les chiens.

A Cholet, vivait isolé dans une maison, avec ses sept chiens, un médecin-major de 2e classe, nommé Paul Grognot, que des habitudes d'ivrognerie avaient fait mettre en non-activité, il y a quatre ans. On estimait qu'il perdait la raison, et on s'attendait à le trouver, un jour ou l'autre, mêlé à quelque drame. Le 29 décembre, il erra, selon son habitude, dans les rues; le lendemain, on ne l'aperçut nulle part. Inquiète, une voisine pénétra chez lui; elle vit alors un spectacle horrible; le corps du médecin-major gisait, affreusement convulsé, au milieu de sa chambre, et ses sept chiens le dévoraient. Sur la table de nuit, se trouvaient huit litres vides; le plancher disparaissait sous une couche d'ordures, haute de dix centimètres. Mais les chiens ne voulaient pas abandonner leur proie; il fallut leur jeter de la viande fraîche pour les attirer à quelque distance du cadavre. Le maire de Cholet a fait abattre ces bêtes.

Le corps du médecin-major a été déposé à l'amphithéâtre de l'hôpital, puis transporté à Besançon. (Le *Petit Temps* du 5 janvier 1900).

L'origine des Conseils d'hygiène.

Conseil de santé. — « Il n'existe pas encore; mais ne devrait-on pas l'établir? Il devrait être composé, non de ces médecins si dangereux avec leur routine, si ignorants avec leurs thèses, mais de ces chimistes qui ont fait de ces belles et neuves découvertes, qui nous promettent enfin le vrai secret de la nature.

« Ce Conseil examinerait à Paris tout ce qui sert à la nourriture de l'homme : l'eau, le vin, l'eau-de-vie, la bière, les huiles, le blé, les légumes, le poisson, etc. Il reconnaîtrait les perfides mélanges; souvent la marée est corrompue, les huîtres gâtées; les légumes recèlent des charençons. De là des maladies dont on ignore l'origine.

« Des physiciens préposés pour examinateurs des denrées et des boissons arrêteraient dans leur source des maladies épidémiques. On appelle les médecins lorsque le danger se manifeste : pourquoi ne le préviendrait-on pas? Mais les médecins ne songent pas à conserver la santé de l'homme, ils attendent le profit de la maladie.

« Les Chartreux, les Bénédictins et les Carmes qui mangent la meilleure marée ont un frère surveillant et qui s'y connaît Mais pourquoi ce qu'on livre à un peuple affamé, venant acheter le rebut des riches, parce qu'il faut qu'il soupe pour pouvoir travailler le lendemain, ne serait-il pas soumis à une inspection sévère, puisque la faim et la nécessité le font passer sur la bonté de la marchandise? Du poisson pourri ne serait-il pas de la contrebande, comme une livre de tabac d'Alsace? »

Voilà ce qu'écrivait au milieu du siècle dernier le célèbre Mercier dans son *Tableau de Paris*. Ce ne fut qu'en 1802 que sur la proposition de M. Cadet de Gassicourt (arrêté du 6 juillet), grâce à l'initiative de M. Dubois, préfet de police, fut institué à Paris le *Conseil de salubrité* composé de quatre membres ayant comme attribution l'examen des boissons falsifiées, des manufactures ou ateliers insalubres, des épizooties et plus tard la visite des prisons et la direction des secours publics. En 1807, le nombre des membres fut porté à sept chargés de veiller sur l'hygiène publique : examen sanitaire des halles et marchés, amphithéâtres de dissection, cimetières, abattoirs, voiries, chantiers d'équarissage, égouts, puits, bains publics, eaux minérales, secours aux noyés et asphyxiés, recherches pour assainir les ateliers et les lieux publics, inondations, répression du charlatanisme, chauffage, éclairage, évacuations des immondices, analyses des remèdes saisis, vases suspects et boissons falsifiées.

En 1828 et en 1832, nouvelles améliorations et nouvelle étendue du Conseil composé alors de douze membres titulaires, six adjoints et un nombre déterminé de membres honoraires.

L'impulsion donnée par Paris fut suivie en province et nous voyons des Conseils de salubrité se former : à Lyon, en octobre 1822; à Marseille, en octobre 1825; à Lille et à Nantes, en 1828; à Troyes, en 1830, etc... Aussi en 1836 le Ministre du Commerce saisissait l'Académie de médecine d'un plan de Conseil de salubrité dans chaque département. Le projet rédigé par Marc ne reçut aucun commencement d'éxécution. Ce ne fut qu'en 1848 que cette organisation fut adoptée. Depuis, ces Conseils ont rendu les plus grands services grâce à leurs développements et comblent la lacune citée par Mercier dans son *Tableau de Paris*. (L'*Assistance publique*, du 15 nov. 1899.)

Le Concours de l'Internat.

Le jury de l'internat, réuni par M. Napias, a décidé de continuer le concours par la lecture des copies de pathologie épargnées dans l'attentat de Beaujon. Les deux sections du jury se réuniront pour établir la liste d'admissibilité et commencer les épreuves orales. La nomination des trente-six internes du premier concours aura lieu vraisemblablement avant la fin du mois de février. Un nouveau concours pour dix les places à attribuer aux copies détruites, sera alors fait, et le changement des services ne se fera que vers le début d'avril.

Le *Temps* annonce que lecture des copies — lecture publique — a eu lieu le 8 janvier, non plus à l'hôpital Beaujon, mais dans l'amphithéâtre de l'Assitance publique, avenue Victoria. Elle n'a donné lieu, d'ailleurs, à aucun incident.

Le *Concours supplémentaire* qui doit avoir lieu, conformément à la décision en date du 29 décembre 1899 de M. le Président du Conseil, Ministre de l'Intérieur, entre les candidats ayant déjà pris part au concours de l'Internat du 16 octobre 1899 et dont les copies ont été détruites, en tout ou en partie, à la suite de l'acte commis à l'hôpital Beaujon, dans la nuit du 28 au 29 novembre, sera ouvert le jeudi 1er mars 1900, à midi, dans l'amphithéâtre de l'administration centrale, 3 avenue Victoria. Secrétariat général, bureau du service de santé, à partir du 15 février, le bulletin sur la présentation duquel ils seront admis à l'amphithéâtre :

MM. Algret. André. Aribat. Aubertin. Aubourg. Barbier. Barbin. Barcat. Barthélemy. Beaujard. Berton. Bloch (Edmond). Bonneau. Bouffier. Boyer. Braillon. Brelet. Brocard. Brunschwing. Cathala. Cauzard. Claude (Georges). Courtellemont. Crépin. Damaye. Denis. Dennecé. Dionis du Séjour. Duc-Dodon. Fabre (Paul). Fouquet (Charles). François. François-Dainville. Gardner. Gennet. Georget. Gernez. Gougis. Guillaume-Louis. Guillemet. Guillemin. Houselot. Hulleu. Jamet (Julien). Jarvis. Landowski. Lecène. Leenhardt. Levassort. Liné. Lobligeois. Mahar. Marsoo. Martin. Mircouche. Morand. Morlet. Nathan. Pélicier. Perpère. Petit (Henri). Pied. Préciado. Renou (Maurice). Renoult (Gaston). Roger (René). Rouet. Rousseau (Augusto). Roussy. Tabary. Tessier. Thiollier. Tillaye. Trastour. Tridon. Verbeck. Viteman. Vitry.

Nous persistons à réclamer la punition de l'auteur de l'acte criminel et la surveillance la plus sévère durant les épreuves écrites et leur lecture.

Les épidémies.

La peste.

Oporto, 6 janvier. — On n'a enregistré aucun cas de peste, vingt-et-un pestiférés sont en traitement à l'hôpital; six sont dans un état grave.

Londres, 7 janvier. — On signale de l'île Maurice, pour la semaine passée, dix nouveaux cas de peste et six décès.

Washington, 8 janvier. — Le chirurgien en chef aux

Philippines télégraphie qu'il y a trois cas de fièvre bubonique parmi les indigènes de Sternberg.

Honolulu, 8 janvier. — Cinq Chinois et un indigène sont morts de la peste bubonique depuis le 25 décembre. Le dernier décès est survenu le 31 décembre.

Nouméa, 9 janvier. — Dix-huit cas de peste se sont produits ici depuis Noël. Dix d'entre eux ont été suivis de décès. Le gouverneur de la colonie espère que le fléau disparaîtra lorsque le quartier atteint aura été complètement désinfecté.

Thèses de la Faculté de Médecine de Bordeaux (année scolaire 1899-1900).

Mlle Chartron. Contribution à l'étude de la psychose post-éclamptique. — M. Kérandel. Les dermatophobies. — M. Martin. Du rôle de la veine porte dans la genèse des abcès tropicaux du foie. — M. Viala. L'opothérapie thyroïdienne appliquée au traitement des affections rhumatismales. — M. Bernard. Recherches expérimentales sur la transmission des incitations motrices dans la moelle épinière. — M. Brochard. Contribution à l'étude des procédés d'isolement du bacille typhique. — M. Fournié. De l'onicretie comitiale (les rêveries chez les épileptiques).—M. Ledoux. Contribution à l'étude des acrodermatites. — M. Ribot. L'hygiène et la démographie à Marseille. — M. Traissac. Contribution à l'étude du traitement des métrites du col avec ectropion. (Le permanganate de potasse.) — M. Gravot. Etude historique et critique des fièvres qui ont régné épidémiquement à Bordeaux en 1805. — M. Castaing. L'hémostase par les injections hypodermiques de sérum gélatiné. (Etude clinique.) — M. Coriveaud. Etiologie et pathogénie des déchirures spontanées du col de l'utérus pendant l'accouchement chez les primipares. — M. Martin. De la fréquence de l'empyème des cavités accessoires du nez. (Recherches anatomo-pathologiques et cliniques).—M. Fermond. De l'angiome de l'orbite. — M. Augé. Des modifications récentes apportées à l'électrolyse des angiomes par l'élecropuncture bipolaire.—M. Lenoir. Méralgie paresthésique. — M. Marty. Contribution à l'étude de l'hématomyélie centrale. — M. Royé. De la sédentarité. Quelques considérations d'hygiène. — M. Le Maoût. Essai sur l'hygiène des cimetières — M. Ponthion-Lavielle. Contribution à l'étude de l'infundibulum sacra-cocygien et des fistules congénitales para-coccygiennes. — M. Clavet. Des fistules et des kystes congénitaux de la lèvre supérieure. — M. Bellile. Contribution à l'étude de la broncho-pneumonie chez les enfants. — M. Boyer. Nouvelles recherches sur l'étiologie de la paralysie générale. — M. Barthe. Des divers procédés d'exploration et en particulier de la résection du parenchyme rénal au point de vue diagnostique ou de la néphropsie. — M. Marque. Résultats donnés par le brossage dans le traitement de l'ophtalmie granuleuse. — M. Imbert. Etude historique et critique de la symptomatologie des paraplégies par compression — M. Dufour. De la paralysie générale simple, démente et sans délire. — M. Pareau. Les dégénérés hystériques au point de vue médico-légal. — M. Quentrie-Lamothe. Existe-t-il une thérapeutique propre pour l'enfance?

Médecins de la Préfecture de la Seine

Ont été nommés :

1° Médecin en chef de la Préfecture de la Seine ; M. le Dr Delaporte. — 2° Médecins de la Préfecture de la Seine ; 1re circonscription : (1er, 2e, 3e, 4e arrondissements) : M. le Dr d'Echerac. 2e circonscription (5e et 6e arrondissements) : M. le Dr Brochin. 3e circonscription (7e, 8e et 9e arrondissements): M. le Dr Bloch. 4e circonscription (10e et 11e arrondissements): M. le Dr Pascalis. 5 circonscription (12e arrondissement et communes annexées : M. le Dr Adler. 6e circonscription (13e arrondissement et communes annexées) : M. le Dr Cornet. 7e circonscription (14e arrondissement et communes annexées) : M. le Dr Vauthier. 8e circonscription (15e arrondissement et communes annexées) : M. le Dr Wuilliomenet. 9e circonscription (16e arrondissement et communes annexées : M. le Dr Dandieu. 10e circonscription (17e arrondissement et communes annexées) : M. le Dr Delage. 11e circonscription (19e arrondissement et communes annexées : M. le Dr de Cours. 12e circonscription (19e arrondissement et communes annexées): M. le Dr Raymond. 13e circonscription 20e arrondissement et communes annexées) : M. le Dr Millet. — 3° Médecins adjoints de la Préfecture de la Seine : Médecin-adjoint ou médecin en chef: M. le Dr Baldet. 1re circonscription (1er, 2e, 3e et 4e arrondissements : M. le Dr Audibert. 2e circonscription (5e et 6e arrondissements): M. le Dr Philippe. 3e circonscription (7e, 8e et et 9e arrondissements : M. le Dr Audigé. 4e circonscription (10e et 11e arrondissements): M. le Dr Bernard. 5 circonscription (12e arrondissement et communes annexées) : M. le Dr Weil. 6e circonscription (13e arrondissement et communes annexées) : M. le Dr Gresset. 7e circonscription 14e arrondissement et communes annexées) : M. le Dr Cabanes. 8e circonscription (15e arrondissement et communes annexées): M. le Dr Pineau. 9e circonscription (16e arrondissement et communes annexées): M. le Dr Dufournier. 10e circonscription (17e arrondissement et communes annexées) : M. le Dr Lévi. 11e circonscription (18e arrondissement et communes annexées): M. le Dr Bois. 12e circonscription (19e arrondissement et communes annexées) : M. le Dr Tournier. 13e circonscription (20e arrondissement et communes annexées) : M. le Dr Thoumas.

Actes et Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

(Voir page VII des annonces.)

Enseignement médical libre.

Electricité médicale. — Le Dr L.-R. Regnier, chef du laboratoire d'électrothérapie de la Charité : conférences théoriques et cliniques hebdomadaires le samedi à 5 heures, au laboratoire.

FORMULES

II. — Contre le catarrhe gastrique.

Acide chlorhydrique chimiquement pur	2 gr. 50 centgr.
Acide azotique	0 gr. 80 —
Alcool à 90°	18 grammes.
Eau de source	150 —
Sirop de limons	100 —

A prendre une cuillerée délayée dans un demi verre d'eau après le repas

III. — Contre la constipation.

Café en poudre	4 grammes.
Feuilles de séné	8 —
Eau / Lait	ãã 90 —

Faites macérer durant 12 heures, passez et sucrez En une prise le matin à jeun.

Feuilles de persil / — de séné mondées	ãã 15 grammes.
Fruits d'anis / — de coriandre	ãã 5 —
Citron coupé par tranches	n° 1
Eau froide	1000 grammes.

Faire macérer durant 24 heures en remuant de temps à autres; exprimer et filtrer. Prendre par verres de demi-heure en demi-heure.

Feuilles ou follicules de séné	Q. S.
Pruneaux	250 grammes.
Eau bouillante	1000 —

Laisser macérer à une douce température durant 12 heures. Sucrer et laisser refroidir. Boire le jus par tasses. (Audhoui).

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 31 déc. au samedi 6 janv. 1900, les naissances ont été au nombre de 1173 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 431, illégitimes, 173. Total, 604. — *Sexe féminin* : légitimes, 416, illégitimes, 153. Total, 569.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1896 : 2 511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 31 déc. au samedi 6 janvier 1900, les décès ont été au nombre de 1092, savoir : 490 hommes et 662 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 4, F. 5. T. 9. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M 6, F. 3, T. 9. — Scarlatine : M. 2, F. 3, T. 5. — Coqueluche : M. 0, F. 0, T. 0. — Diphtérie. Croup : M. 5, F. 3. T. 8. — Grippe : M. 2, F. 1, T. 3. — Phtisie pulmonaire : M. 100, F. 88. T, 188. — Méningite tuberculeuse : M. 8, F. 10, T. 18. — Autres tuberculoses : M. 12, F. 6, T. 18. — Tumeurs cancéreuses : M. 15, F. 32, T. 47. — Tumeurs autres : M. 0, F. 6. T. 6. — Méningite simple : M. 9, F. 7, T. 16. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 30, F. 35, T. 65. — Paralysie, M. 3. F. 5, T. 8. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 1, T. 5. — Maladies organiques du cœur : M. 24, F. 48, T. 72. — Bronchite aiguë : M. 13, F. 17, T 30. — Bronchite chronique : M. 9, F. 23, T. 32. — Broncho-pneumonie : M. 27, F. 46, T. 73. — Pneumonie : M. 32, F. 33, T. 65. — Autres affections de l'appareil respiratoire: M. 42, F. 48, T. 90. — Gastro-entérite, biberon : M. 9, F. 8, T. 17. — Gastro-entérite, sein : M. 5, F. 2, T. 7. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 4, F. 1, T. 5. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 3, T. 4. — Fièvres et péritonites

puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 6, T. 6. — Débilité congénitale : M. 19, F. 14, T.33. — Sénilité : M. 17, F. 54, T. 74. — Suicides : M. 8, F. 6, T. 14. — Autres morts violentes : M. 10, F. 7, T. 17. — Autres causes de mort : M. 72, F. 78, T. 150. — Causes restées inconnues : M. 4, F. 5, T. 9.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 70, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 25, illégitimes, 14. Total : 39. — *Sexe féminin* : légitimes, 21, illégitimes, 10. Total : 31.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Clinique opthalmologique.* — Professeur : M. PANAS. — M. DELENS, agrégé, chargé de cours, a commencé le cours de clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, le lundi 8 janvier 1900, à 9 heures du matin, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure. Opérations, le lundi et le jeudi. Exercices ophtalmoscopiques tous les mercredis.

Clinique d'accouchements Baudelocque. — M. le Dr POTOCKI, accoucheur des hôpitaux, et M. le Dr PAQUY, chef de clinique, commenceront le lundi 5 février, à 4 h. 1/2, un cours pratique d'accouchements avec manœuvres opératoires. Ce cours sera complet en six semaines, et aura lieu tous les jours, à 4 h. 1/2, à la clinique Baudelocque. Le prix du cours est de 50 francs. Seront admis les docteurs français et étrangers immatriculés à la Faculté, ainsi que les étudiants immatriculés, sur la présentation de leur carte d'immatriculation et de la quittance du versement des droits. Les bulletins de versement relatifs à la carte d'immatriculation et au cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les lundi, mardi, jeudi et samedi, de midi à trois heures.

COMMISSION DEVANT ÉTUDIER LES MOYENS DE COMBATTRE LA PROPAGATION DE LA TUBERCULOSE. — MM. les Drs Bouillet, Calmette, de Lavarenne, Goujon, Kelsch, Letulle, Marfan, Piètre, Thoinot; M. Astier, député, sont nommés membres de cette commission, M. Dislère, président de section au Conseil d'Etat, et M. Brouardel, rempliront les fonctions de vice-présidents.

ECOLE VÉTÉRINAIRE D'ALFORT. — M. le Pr BARRIER vient d'être nommé directeur de l'Ecole vétérinaire d'Alfort : Nous adressons nos plus vives félicitations au nouveau directeur.

MUTATIONS DANS LES HÔPITAUX. — CHIRURGIENS. — *Pitié.* MM. Terrier et Chaput. — *Beaujon.* M. Berger. — *Bichat.* M. Picqué. — *Tenon.* M. Lejars. — *Maison de Santé.* M. Potherat. — *Bicêtre.* M. Guinard. — *Ivry.* M. Hartmann.

MÉDECINS. — *Hôtel-Dieu.* MM. Muselier et Brissaud. — *Lariboisière.* M. Brault. — *Tenon.* M. Launois. — *Debrousse.* M. Wurtz. — *Saint-Antoine.* M. Thomot. — *Enfants-Malades.* M. Variot. — *Trousseau.* M. Guinon.

COURS DE PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE ET COMPARÉE. — M. le Pr Chantemesse a commencé son cours le mardi 9 janvier 1900, à 5 heures, à l'Amphithéâtre du laboratoire de pathologie expérimentale (Ecole pratique), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

DÉMISSION DES MÉDECINS DU DISPENSAIRE DU XVIIe ARRONDISSEMENT. — MM. les Drs Corby, Dubois-Lavigerie, Ducor, Farret, Gobsceano, Lefèvre, Pertat, Ratynski, Rochebois, Roux, Stevenel, Trognon et Weber, à la suite d'un conflit avec l'administration du dispensaire de la Caisse des Ecoles du XVIIe arrondissement ont donné leur démission collective.

UN NOUVEAU SÉRUM CONTRE LA VIEILLESSE. — Sous ce titre, la *Gazette des Hôpitaux* publie l'entrefilet suivant, qui rectifie les renseignements erronés et fantaisistes que la presse politique donnait sur les travaux du grand savant qu'est M. Metchnickoff : Depuis quelques jours, les journaux politiques font grand bruit au sujet d'un nouveau sérum découvert à l'Institut Pasteur, par M. Metchnikoff. Renseignements pris, cette nouvelle est inexacte, M. Metchnikoff, tout en continuant la série de ses remarquables travaux, n'a rien publié de ce genre.

L'ESPRIT DES AUTRES. — *Direction de l'intention.* — Car lorsque je vous ai fait entendre comment les valets peuvent faire en conscience de certains messages fâcheux, n'avez-vous pas pris garde que c'était seulement en détournant leur intention du mal dont ils sont les entremetteurs, pour la porter au gain qui leur en revient! Voilà ce que c'est que *diriger l'intention.* (PASCAL, *Lettres Provinciales*, t. I, p. 86.)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr EBRARD (de Nîmes); M. le Dr REGNARD (de Bordeaux); Sir James PAGET, membre correspondant de l'Académie des sciences et membre associé étranger de l'Académie de médecine.

Chronique des Hôpitaux.

HOTEL-DIEU. — Le Dr LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a repris ses leçons de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu le 11 courant à dix heures, et les continuera tous les jeudis. Opérations avant la leçon. Opérations abdominales le mardi. Le mercredi et le samedi visite dans les salles.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — *Clinique des affections du système nerveux.* — M. GILBERT BALLET reprendra ses leçons cliniques sur les affections du système nerveux et la pathologie mentale, à l'hôpital Saint-Antoine (amphitéâtre de la clinique de la Faculté), le dimanche 21 janvier, à six heures, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée); présentation de cas cliniques, etc. — *Service de* M. le Dr P. MARIE. — Le service de l'infirmerie de Bicêtre comprend un grand nombre de malades atteints d'affections chroniques et particulièrement d'affections du système nerveux. Ce service est ouvert aux étudiants et le samedi a lieu, à 9 h. 1/2, une visite générale au cours de laquelle le Dr Pierre Marie présente les malades les plus intéressants.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENT DE PARAITRE AU *PROGRÈS MÉDICAL*
14, RUE DES CARMES A PARIS.

LE

DRESSAGE DES JEUNES DÉGÉNÉRÉS

OU

ORTHOPHRÉNOPÉDIE

Par le Dr H. THULIÉ

Tome VI de la *Bibliothèque d'Education spéciale.* Volume in-8 de IV-678 pages, avec 53 figures. — Prix : 8 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 6 fr.

ASSISTANCE ET TRAITEMENT

des idiots, imbéciles, débiles, dégénérés amoraux, crétins, épileptiques (adultes et enfants)

ASSISTANCE & TRAITEMENT DES ALCOOLIQUES

COLONIES FAMILIALES

(Aperçu critique sur l'article 2 du nouveau projet de loi portant revision de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés)

Par PORNAIN

Avec une préface de M. le Dr MAGNAN

Tome VII de la *Bibliothèque d'Education spéciale.* Un volume in-8 de IV-212 pages. Prix : 5 francs. Pour nos abonnés : 3 fr. 50

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES 71.

XXIXe ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XI. N° 3. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 20 JANVIER 1900.

Le Progrès Médical

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Quelques remarques sur mon procédé de traitement de la luxation congénitale (méthode de Lorenz modifiée);

Par le Dr DUCROQUET.

Ayant eu la bonne fortune de voir appliquer dans un grand nombre d'occasion la méthode de Lorenz, tant par l'auteur que par les divers chirurgiens étrangers ou français qui l'ont suivi, j'ai pu constater que dans l'immense majorité des cas il y avait transposition et non réduction véritable. Cette transposition amène, lorsqu'il s'agit de luxation postérieure, une grande amélioration dans la marche, mais ce n'est qu'un résultat incomplet. Et on est loin d'obtenir à tout coup un résultat fonctionnel satisfaisant. Il est de toute évidence que si l'on veut un résultat fonctionnel parfait, il est nécessaire d'avoir également un résultat anatomique parfait. Et, ainsi que je l'ai écrit dans diverses communications, c'est grâce à l'étude de l'anatomie pathologique de l'affection que j'ai pu amener à la guérison les malades que j'ai traités. Nous avons à notre service un auxiliaire merveilleux : la radiographie; sans elle c'est l'incertitude, l'erreur et l'échec. Il faut, ainsi que je le répète depuis trois ans, faire la radiographie à chaque temps. C'est une perte de temps ennuyeuse, je le concède, mais qui veut la fin, veut les moyens. Que sert de faire la photographie avant l'opération, et huit mois, un an après lorsque la cure est terminée, pour contrôler que la hanche de l'enfant est comme au premier jour luxée. Si l'on avait su perdre quelques heures de plus on se serait épargné cette désagréable surprise.

Je ne décrirai pas la réduction en elle-même, mais je veux seulement passer en revue quelques points relatifs à l'appareil, détails de toute importance.

Dans le traitement par la réduction orthopédique de la luxation congénitale, le membre inférieur passe par trois positions différentes d'immobilisation, qui le font passer de l'abduction extrême à la position normale. Examinons d'abord les particularités ayant trait au premier appareil.

PREMIÈRE POSITION.

A) SITUATION DE LA JAMBE. — Nous savons que lorsque la réduction est opérée, au moment où la tête a franchi le bord postérieur du cotyle, elle se trouve placée en flexion et abduction de 90° ou peu s'en faut (*Fig.* 1). Si on essaie de ramener la jambe en dedans, on la voit bientôt se reluxer ; il est donc de toute première importance d'appliquer l'appareil plâtré dans la position où s'est placée la jambe après réduction. On est « l'esclave » de cette position. Dans les cas difficiles où les conditions d'adaptation entre le cotyle et le fémur sont minima, la moindre tentative ayant pour but de ramener la jambe en dedans, reluxerait dans nombre de fois la tête fémorale. La jambe sera donc placée dans la position *imposée* par la réduction pour l'application de l'appareil. Les conditions d'adaptation entre la tête et le cotyle étant minima, il est de toute évidence que pour conserver la réduction il est de toute nécessité d'immobiliser l'articulation reposée d'une façon *presque mathématique*. Quelles conditions devra réaliser notre appareil pour atteindre ce but?

B) L'APPAREIL. — Nous avons deux os s'articulant ensemble, le bassin et le fémur. Nous devons les immobiliser l'un par rapport à l'autre. L'immobilisation du premier est facile ; il suffit, pour la réaliser, de bien fixer les épines iliaques par un bandage circulaire, en y ajoutant la prise de la cuisse ; mais pour le fémur il en est tout autrement : si nous appliquons l'appareil au-dessus du genou, nous empêchons tout mouvement de cet os, sauf un seul, la rotation, et la rotation comme je le prouverai, est susceptible, à elle seule, de permettre la reluxation. Pour y obvier on peut, ou bien descendre l'appareil jusqu'à mi-jambe, celle-ci étant pliée à angle droit sur la cuisse, (les mouvements de rotation de la jambe ne pouvant alors dépasser le genou), ou bien, si la jambe est dans le prolongement de la cuisse, prendre le pied lui-même dans l'appareil. Quant à celui-ci, il doit être appliqué directement sur le corps de l'enfant, recouvert d'un simple maillot ; la ouate est à rejeter, au bout de peu de temps elle se tasse et la contention est illusoire.

J'ai coutume de recouvrir le corps de l'enfant d'un jersey à manches, en lui passant les manches non par

les bras mais par les jambes ; l'ouverture où passe la tête se trouve au périnée ; je la ferme en serrant le cordonnet qui y passe; le corps du jersey est tiré fortement en haut au moyen d'épingles de nourrices ; on réunit au-dessus de chaque épaule les bords antérieur et postérieur. Un aide tient la cuisse, sa main droite appui sur le genou pendant que la gauche presse sur le trochanter qu'elle essaie de refouler en avant pour l'empêcher de refranchir le bord postérieur. Les bandes plâtrées sont alors appliquées directement sur le jersey. Le premier appareil, comme le montre la *Figure* 1, est descendu jusqu'à mi-jambe et remonte jusqu'à la base du thorax,

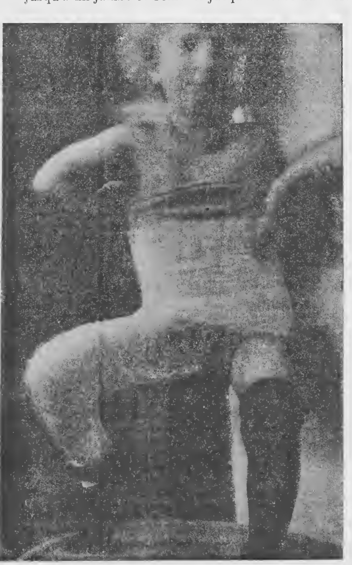


Fig. 1.

la jambe étant placée à angle droit sur la cuisse. Pendant le durcissement du plâtre, j'appuie fortement avec le poing au niveau du trochanter pour y créer une dépression (fossette rétro-trochantérienne), qui empêche la tête de se reluxer en arrière. (*Fig.* 2.)

Je vais citer à l'appui de la nécessité de la prise du genou et de la fossette rétro-trochantérienne, deux observations qui l'établissent.

a) *Preuve établissant la nécessité de la prise du genou.*— Chez une jeune malade, Etiennette B..., j'opère la réduction, je vérifie par les rayons X qui me confirment la réalité de la réduction, je fais l'appareil que j'applique ordinairement, mais sans fossette rétro-trochantérienne je dois le dire; le plâtre terminé, je prends le radiogramme à travers l'appareil, la réduction était bien maintenue; pour m'assurer de l'importance de la prise de la jambe, je coupe l'appareil au-dessous du genou, et j'imprime à la jambe divers mouvements de rotation forcée, je prends immédiatement la radiographie et je trouve la tête luxée. Les mouvements imprimés au genou avaient retenti à tel point sur l'article, qu'ils avaient amené la reluxation de la tête fémorale. Mon appareil, coupé au-dessus du genou, était, en somme, identique à celui que préconise Lorenz. On voit donc par ce seul fait que lorsque, avec ce dernier auteur,



Fig. 2.

on laisse le genou libre (et il regarde cela comme capital), on fait erreur, sa prise est, au contraire, de toute nécessité.

b *Preuve établissant l'importance de la fossette rétro-trochantérienne.* — Avant d'en donner la preuve clinique, je vais insister sur quelques points cliniques.

Après réduction, la jambe se trouvant placée dans la position de la *Figure* 1, on voit la tête fémorale faire saillie au pli de l'aine ; eh bien, il suffit d'appuyer sur cette saillie pour reluxer la tête qui franchit le bord postérieur du cotyle. La pression sur le trochanter eut empêché cela. Un autre exemple que j'ai maintes fois vérifié : lorsque l'aide qui maintient la jambe, pendant

l'application de l'appareil, cesse de presser sur le trochanter on aperçoit fréquemment sous l'influence du seul poids de la cuisse, la tête sortir de la cavité en s'accompagnant d'un ressaut visible au moment où elle franchit le bord postérieur du cotyle. Et à ce sujet je ne saurai mieux faire que de citer l'observation suivante :

Une petite fille de 5 ans, Emilie G..., atteinte de luxation unilatérale est réduite ; la radiographie prise séance tenante, un aide maintenant la cuisse dans la position donnée par la réduction montrait une reluxation, et cependant les phénomènes de réduction avaient été des



Fig. 3.

plus nets. Ne connaissant pas le résultat de la radiographie, j'applique mon appareil en faisant, comme j'en ai coutume, la fosse rétro-trochantérienne. Lorsque le lendemain j'eus connaissance du cliché cité ci-dessus, je pris une nouvelle radiographie à travers le plâtre et le radiogramme me montra que la tête était bien en place. L'appareil étant appliqué la tête reluxée, la fossette rétro-trochantérienne l'avait donc repoussée dans la cavité. Ce fait à lui seul suffit donc à prouver la valeur de cette pratique.

Cette immobilisation, pour ainsi dire parfaite de l'articulation de la hanche, amène au bout de quelques mois une rétraction de la capsule articulaire surtout de sa partie postérieure et supérieure, et cette rétraction est d'une importance extrême. C'est elle qui met obstacle à la reluxation lorsque l'on pratique le deuxième et troisième temps.

Je ne partage pas les idées de Lorenz qui croit au creusement du cotyle par la tête fémorale qui, par ses mouvements de rotation, creuserait la cavité. C'est la laxité de la capsule articulaire qui permet la reluxation, il faut arriver à en obtenir la rétraction, et pour cela faire, le meilleur procédé est encore d'immobiliser l'articulation de la hanche, de façon telle qu'aucun mouvement ne puisse plus s'y produire.

Deuxième et troisième positions.

Dans le deuxième temps, la jambe est ramenée à mi-chemin de la rectitude. Le troisième temps l'amène dans la rectitude complète, souvent on peut brûler le deuxième temps, et arriver d'emblée au troisième. Le deuxième temps est un temps de passage, il n'est pas de nécessité absolue, en exagérant la durée de la première position, il devient souvent inutile. Je vais donc m'occuper exclusivement de la troisième position ; tout ce que j'en dirai peut s'appliquer du reste également au second. On éprouve souvent une très grande résistance à ramener la jambe en dedans, des craquements se produisent dus à la rupture partielle de l'ankylose, craquements parfois si prononcés qu'ils peuvent faire craindre une fracture. Ce qu'il y a de particulièrement dangereux, c'est la rotation en dedans qui, plus que toute autre manœuvre prédispose à la fracture ou au décollement épiphysaire, on peut tirer très fortement sur le fémur et cela impunément, alors qu'une torsion très modérée amène la fracture. Aussi je ne saurai trop recommander, lorsque l'on ramène le membre vers la rectitude, de le faire, mais en tirant fortement sur la cuisse, que les deux mains saisissent au-dessus du genou, alors qu'un aide fait la contre-extension.

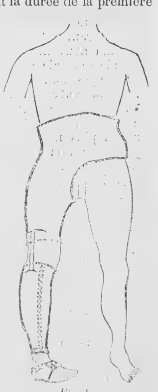


Fig. 4.

J'ai dit, et j'en ai donné les raisons anatomiques, lorsque le pied est ramené à la rectitude il doit se trouver perpendiculaire au plan frontal du corps et non pas en rotation externe. Il faut au contraire à tout prix éviter cette attitude. Le meilleur moyen est d'appliquer un appareil prenant le pied. (*Fig.* 3.)

Pour permettre aux enfants de marcher, j'ai coutume d'adjoindre à l'appareil une botte en celluloïde articulée au genou et fixée à l'appareil plâtré (*Fig.* 4). Le pied est également pris, il est mobile sur la jambe.

La prise du pied est sinon nécessaire du moins très utile. Le membre inférieur, en effet, a toujours tendance à entrer en rotation externe parce que la partie postérieure de la capsule s'est considérablement rétractée pendant le premier temps où elle était fortement relâchée ; elle forme une sorte de bande d'arrêt incitant sans cesse le fémur à la rotation en dehors. A preuve l'exemple suivant : Une petite malade Jeanne S..., âgée

de trois ans, avait été réduite, il y a huit mois. Sa jambe était dans la rectitude et sa tête dans le cotyle, le pied en légère rotation interne. Je la laisse marcher pendant deux mois en lui appliquant un appareil descendant à mi-jambe, celle-ci étant placée dans la direction du fémur. Elle marcha ainsi pendant deux mois. Partant en voyage, je la radiographie avant mon départ, elle était bien en place. Lorsque je revins un mois et demi après, je la trouve, le pied en rotation externe de 70° environ; pris de craintes, je la radiographie et la trouve se luxant en avant et en haut. Je chloroformise la malade et lui applique un appareil prenant le pied ; depuis (il y a six mois) la tête fémorale est très bien restée en place. J'ai fait l'immobilisation en conservant au membre sa position normale. Et, pendant la narcose, en imprimant au membre (resté dans la rectitude) de la rotation interne, j'ai senti et entendu la tête réintégrer le cotyle en même temps qu'une grande résistance s'opposait à la rotation interne.

La capsule articulaire de la hanche luxée s'était rétractée durant le traitement et j'avais pu, grâce à cela, après ma nouvelle réduction, conserver au membre l'attitude normale sans être obligé de recourir à la première position.

En terminant ces quelques notes, je dirai avec Pravaz : « Une patience à toute épreuve une persévérance qui ne se laisse déconcerter par des contre-temps imprévus, sont ici plus nécessaires qu'une haute capacité. » Et j'ajouterai, si l'on possède ces qualités, l'on doit, *lorsque la réduction a été obtenue*, arriver d'une façon certaine à la guérison complète anatomique et fonctionnelle.

ECOLE DE MÉDECINE DE DIJON. — *Concours pour un emploi de chef des travaux d'anatomie et d'histologie.* — Les chefs des travaux sont nommés pour neuf ans, leur traitement annuel est de 1.000 francs; ils prennent une part active à l'enseignement, ils font des conférences et dirigent les travaux. — Un concours sera ouvert devant l'Ecole de Médecine de Dijon le 11 juin 1900, pour un emploi de chef de travaux d'anatomie et d'histologie à cette école. — *Conditions du concours :* Nul ne peut être admis à concourir s'il n'est français ou naturalisé français, âgé de 25 ans, et s'il ne justifie du grade de docteur en médecine pris dans une Faculté française. Les candidats doivent se faire inscrire au secrétariat de l'Ecole préparatoire de Médecine et de Pharmacie de Dijon, un mois avant l'ouverture du concours, et y déposer leur acte de naissance, leur diplôme, l'indication de leurs titres universitaires, et, s'il y a lieu, un exemplaire au moins des publications scientifiques dont ils seraient les auteurs. — *Programme du concours.* : 1° Préparation de pièces sur un sujet d'anatomie humaine. Le jury détermine le délai accordé pour cette préparation : 2° une composition écrite sur une question de physiologie. Cinq heures sont accordées pour cette composition, qui a lieu dans une salle fermée, sous la surveillance d'un membre du jury; les candidats ne peuvent s'aider d'aucun ouvrage manuscrit ou imprimé; 3° une leçon orale de trois quarts d'heure, sur une question d'anatomie descriptive faite après trois heures de préparation, sans que le candidat puisse s'aider de renseignements quels qu'ils soient; 4° une préparation extemporanée d'anatomie descriptive, cinq heures sont accordées pour cette préparation, dont la démonstration publique ne devra pas durer plus d'un quart d'heure; 5° une préparation extemporanée d'histologie. Quatre heures sont accordées pour cette épreuve (mêmes conditions); 6° une opération chirurgicale; 7° appréciation des titres et travaux scientifiques.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — Un décret du 5 décembre 1899 institue une commission unique de classement pour le Corps de santé de la marine. Cette commission est formée par l'adjonction à la commission du 2e degré chargée de dresser les tableaux d'avancement des officiers de marine, de trois directeurs du service de santé, un d'eux étant le plus ancien directeur du Corps. — Sont nommés à l'emploi de médecin auxiliaire de 2e classe : MM. les Drs Brengues, Carrère, Couvi, Erdinger, Fichet, Kérandel, Martin et Plomb.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'Assistance à domicile à Paris.

Dans un très intéressant rapport au Conseil municipal de Paris, au nom de la cinquième commission, M. A. Ranson expose l'état des ressources de l'assistance à domicile. Ce rapport avait été provoqué par une proposition très juste de M. Rebeillard, conseiller municipal, qui demandait une meilleure répartition des fonds attribués aux bureaux de bienfaisance, notamment pour les nécessiteux, et l'application du décret de 1895 qui oblige l'administration à prendre avis des bureaux de bienfaisance en matière budgétaire.

M. Ranson commence par constater que les secours à domicile n'existent que de nom, que « l'Assistance publique n'arrive pas à soulager le vingtième des misères qu'elle pourrait secourir, si elle faisait un emploi judicieux des ressources immenses dont elle dispose ». Il montre le danger de la plupart des œuvres privées qui, pour la plupart, poursuivent un tout autre but qu'un but philanthropique, et il s'élève avec une vigueur que nous ne saurions trop applaudir, contre cette action qui est « d'autant plus regrettable, qu'elle s'exerce vis-à-vis des personnes que la misère rend sans défense ».

Après avoir constaté le mal, M. Ranson en recherche les causes. Le Conseil municipal ne saurait être incriminé, il n'a jamais craint de faire pour l'assistance les sacrifices nécessaires; la responsabilité de la situation actuelle est la mauvaise organisation de l'administration de l'Assistance publique de Paris qui attribue la plus forte partie des crédits à doter les hôpitaux et qui ne répartit pas d'une façon convenable le peu qui reste affecté aux secours à domicile.

M. Ranson passe en revue la législation de l'assistance à domicile depuis la *Constitution de* 1791 et la *Déclaration des Droits de l'homme* jusqu'au décret du 15 novembre 1895, et montre les efforts successifs qui furent faits pour assurer l'assistance à domicile. Il étudie ensuite, point par point, les « causes pour lesquelles les malheureux ne reçoivent qu'une si faible partie des secours qui leur sont destinés ».

D'abord, il y a *insuffisance des fonds* et comme premier motif de cette insuffisance il convient de signaler la prédominance excessive des services hospitaliers. Quelques chiffres ici sont plus démonstratifs que les phrases les plus éloquentes : Le service des bureaux de bienfaisance assiste 345.573 personnes en moyenne, les hôpitaux et hospices n'en secourent que 24.904. Or, le budget des services hospitaliers atteint 35 *millions* et celui des bureaux de bienfaisance ne dépasse pas 7 *millions*. Sur les 11.458.581 francs qui forment le total des droits des pauvres et des dotations qui devraient être uniquement destinées aux pauvres, les bureaux de bienfaisance ne touchent pas le dixième de ce qui devrait leur revenir : ils reçoivent exactement 406.680 fr.

M. Ranson n'a pas de peine à démontrer que les secours à domicile sont moralement bien préférables à l'hospitalisation, les vrais républicains et les philantropes sincères n'ont pas varié d'opinions sur ce point, depuis que le ministre Chaptal en l'an X écrivait aux préfets : « Les indigents atteints d'infirmités passagères

auront les secours qu'on peut leur administrer dans les hôpitaux, mais ces asiles ne devraient être ouverts qu'à ceux qui n'ont pas de famille ; une administration paternelle doit les fermer à tous les malades qui peuvent recevoir des soins domestiques dans leurs demeures. » C'est la thèse qu'a toujours soutenue le *Progrès médical* et son rédacteur en chef dans d'innombrables articles, rapports et discours. (V. encore p. 45.)

Tout en rendant un hommage mérité au corps médical des hôpitaux, tout en faisant remarquer la part légitime que les études médicales prennent dans les hôpitaux, études pour lesquelles la Ville de Paris donne au fond plus que l'Etat, il serait blâmable de sacrifier dans l'assistance parisienne tout en faveur du système de l'hospitalisation.

Un autre motif d'insuffisance des fonds est dans ce fait que le budget des bureaux de bienfaisance est distinct du budget général de l'Assistance publique. Il s'en suit que, quelles que soient les circonstances, les bureaux de bienfaisance sont limités dans leur action et qu'en cas d'imprévu on est tenu d'avoir recours aux lenteurs qu'entraînent toujours les demandes de crédits supplémentaires.

Ce n'est pas tout : à l'insuffisance des fonds se joint leur répartition défectueuse. Cette répartition, selon M. Ranson, est défectueuse d'abord entre les divers arrondissements. L'administration ne dit pas : quels sont les besoins à secourir, nous y consacrerons les fonds nécessaires, mais bien : nous allons réduire les besoins à soulager aux ressources que nous laisse le reliquat des services hospitaliers et la subvention municipale ; et, comme les ressources sont insuffisantes, l'on fait disparaître ou à peu près les crédits qui devraient être destinés aux nécessiteux en violant formellement le décret qui régit l'assistance à domicile.

Encore plus défectueuse est la répartition individuelle. Les secours donnés aux indigents en moyenne ne dépassent pas 6 fr. 58 centimes par mois et par tête. Les secours aux nécessiteux sont calculés au prorata des indigents de l'arrondissement ce qui est ridicule, car les indigents peuvent être fort rares dans un quartier peuplé de nécessiteux. C'est sur la même base qu'est calculée la répartition des secours aux mères et nourrices, comme si le nombre des infirmes et des vieillards, qui forment la classe des indigents, influait sur l'allaitement des enfants par leurs mères !

M. Ranson proteste contre l'obligation imposée aux vieillards qui demandent à être hospitalisés d'être inscrits au bureau de bienfaisance et de toucher un secours de 4 francs par mois, souvent malgré eux. Il demande la suppression des cartes de 3 francs en été et 5 francs en hiver, et des petits secours de 5 à 10 francs ; ces sommes sont trop faibles pour rendre le moindre service, et cet émiettement des crédits est un vrai gaspillage qui ne soulage aucune misère et tend au contraire à augmenter le nombre des mendiants professionnels. M. Ranson conclue en faveur de la proposition de M. Rebeillard, c'est-à-dire qu'il demande le relèvement immédiat du crédit du service de l'assistance à domicile, l'attribution dans une proportion plus large à ce service de la subvention municipale et du produit du bien des pauvres, la réduction des dépenses des hôpitaux et des hospices. Enfin, il réclame l'abrogation de la loi de 1849 qui donne à l'Assistance de Paris son autonomie et la municipalisation de tous les services d'Assistance, seule réforme qui permettrait leur bon fonctionnement.

Si nous nous sommes complaisamment étendus sur le rapport de M. Ranson, c'est non seulement parce qu'il a su présenter son réquisitoire de l'organisation actuelle avec une méthode véritablement scientifique mais aussi parce qu'en défendant l'assistance à domicile il soutient une cause qui nous est chère. Nous rappellerons qu'en 1897, au *deuxième Congrès national d'Assistance* réuni à Rouen, nous avons appuyé les conclusions du rapport de notre collègue et ami, le Dr Billon, sur les *divers modes d'assistance médicale et l'hospitalisation des malades indigents dans les grandes villes*. M. Billon plaçait au premier rang l'assistance à domicile et considérait que l'hospitalisation ne devait être qu'une exception. Malgré l'opposition de quelques chirurgiens et médecins des hôpitaux de Rouen, un peu juges et parties en pareille matière, le traitement à domicile, chaudement défendu, recueillit la presque unanimité des suffrages des congressistes. J. Noir.

Cours de clinique ophtalmologique : M. Delens, suppléant.

M. Delens, suppléant M. le Pr Panas, dans le service de la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, a commencé, le lundi 8 janvier, ses leçons à l'amphithéâtre, et doit les continuer les lundis et les vendredis à 10 heures.

Dans sa première leçon, après avoir exprimé le regret que M. le Pr Panas ait cru devoir momentanément interrompre son enseignement, il a constaté que les étudiants avaient aujourd'hui, pour apprendre les maladies des yeux, des ressources qui manquaient totalement aux étudiants d'autrefois. Il y a 50 ans, les chirurgiens des hôpitaux soignaient dans leurs services les malades atteints des affections oculaires les plus communes, et pratiquaient certaines opérations sur les yeux, notamment l'opération de la cataracte ; mais l'enseignement de l'ophtalmologie n'existait pas.

Les cliniques libres étaient rares. Desmarres, Sichel étaient à peu près les seuls spécialistes connus. Un peu plus tard, Follin fit, à la Charité, des leçons sur l'ophtalmoscope, instrument alors tout nouveau et installa à la Salpêtrière, dans son service, des démonstrations qui vulgarisèrent l'emploi de cet instrument.

Puis les cliniques libres se multiplièrent. En 1879, la chaire de clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu fut inaugurée. La clinique des Quinze-Vingts fut officiellement installée en 1880. Enfin, en 1886 fut ouvert le service de l'hôpital Lariboisière.

Il reste, sans doute, beaucoup à faire ; cependant, dès aujourd'hui, les étudiants peuvent, s'ils le veulent, apprendre les maladies des yeux, dans les hôpitaux.

M. Delens a consacré sa première leçon à exposer aux étudiants quelles sont les conditions à réaliser pour pratiquer un examen méthodique des malades qui se présentent à la consultation, et arriver à un diagnostic exact et complet. On connaît la modestie de M. Delens, mais l'accueil que lui a fait un auditoire sympathique lui a prouvé qu'il sait ce qu'on peut attendre de son érudition et de son expérience déjà grandes, très appréciées de ceux qui ont

suivi son service de Lariboisière. La chaire d'ophtalmologie ne pouvait être plus honorablement et plus dignement occupée pendant cet intérim.

Conférences de clinique chirurgicale : M. le Dr J. Lucas-Championnière.

M. le Dr J. Lucas-Championnière a recommencé le jeudi 11 janvier, devant un nombreux auditoire, une nouvelle série des leçons de clinique chirurgicale qu'il avait inaugurées avec grand succès l'année dernière dans ce même hôpital de l'Hôtel-Dieu. Il a pris, cette année, pour thème de sa leçon d'ouverture, l'étude de la thérapeutique générale des affections articulaires, et il a développé ce thème de façon fort intéressante et fort instructive, comme on pouvait s'y attendre, étant donnés sa grande expérience et ses remarquables travaux en la matière. Dans un historique à grands traits, il a montré la doctrine de l'immobilisation dominant pendant des siècles le traitement des affections articulaires et des fractures, cette suprématie s'affermissant plus encore avec l'invention des appareils inamovibles ; puis, les pratiques du massage et de la mobilisation relative, mais accessoire et tardive, apparaissant comme premières atteintes à cette doctrine ancienne ; enfin il a rappelé les fameuses discussions entre les partisans résolus de l'immobilisation rigoureuse et prolongée et les chirurgiens novateurs qui, portant hardiment la main sur l'arche sainte, venaient préconiser le massage et la mobilisation précoce, et apportaient, à l'appui de leurs propositions subversives, des faits d'observation desquels il résultait que non seulement la réparation des lésions osseuses et articulaires s'effectuait malgré les mouvements, mais qu'elle était même favorisée par les mouvements exécutés dans certaines conditions. A propos de cette pratique de la mobilisation précoce, M. Lucas-Championnière insiste sur la difficulté qu'il y a à doser ces mouvements, sur la nécessité de ne leur donner qu'une faible étendue, sur l'influence heureuse exercée par ce qu'il appelle les petites courses articulaires, au point de vue de l'entretien de la vitalité et de la fonction de l'article, et sur les inconvénients que présentent au contraire les grands mouvements prématurément mis en œuvre. Il passe en revue ensuite les diverses affections articulaires qui peuvent bénéficier du massage et de la mobilisation, employées isolément ou concurremment : contusions, entorses, avec ou sans fractures de voisinage ; luxations, arthrites, plaies articulaires, accidentelles ou chirurgicales, infectées ou non ; opérations sur les articulations, résection et autres ; tumeurs blanches. Il termine par un résumé des indications et contre-indications dont il y a lieu de tenir compte pour l'application de cette thérapeutique, et des précautions à prendre pour en tirer, sans dangers et sans accidents, tout l'effet utile qu'elle est capable de procurer.

Avant sa leçon, M. Lucas-Championnière avait opéré une éventration consécutive à une opération faite, il y a quelques mois, pour un phlegmon d'origine appendiculaire, et dans laquelle il avait dû se borner à l'ouverture du foyer sans recherche de l'appendice. M. Lucas-Championnière appartient à la catégorie des opérateurs silencieux, et ne donne, en agissant, que de rares renseignements sur quelques détails de son acte opératoire. Si l'on ne peut blâmer cette règle du silence pour le chirurgien qui opère en petit comité, du moins est-il permis de regretter qu'un chirurgien qui professe ne s'en départe pas un peu plus, au bénéfice de ceux qui viennent s'instruire en le regardant faire, et qu'il ne souligne pas, ne fût-ce qu'en quelques mots, les principaux temps et les moments délicats de son intervention que des assistants nombreux, tenus à distance par les strictes exigences de l'antisepsie et des commodités opératoires, ne peuvent que très imparfaitement suivre de l'œil sans interruption.

A ce petit reproche près, qui pourrait d'ailleurs s'appliquer à nombre d'autres opérateurs faisant de l'enseignement, nous nous plaisons à constater le caractère réellement magistral de cette leçon, et le succès mérité qu'il présage pour celles qui la suivront.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 13 janvier 1900. — Présidence de M. Troisier.

M. J.-V. Laborde étudie la survie des propriétés fonctionnelles dans la mort apparente. On peut dans la mort de l'organisme distinguer deux phases dans l'extinction des fonctions vitales : une première dans laquelle il y a suspension des fonctions essentielles au maintien de la vie, fonction de respiration et de circulation, mais pendant laquelle subsistent d'une façon latente, sans manifestations extérieures, les propriétés fonctionnelles des tissus et des éléments organiques ; une deuxième phase où s'éteignent ces propriétés fonctionnelles dans un ordre de succession et de subordination que l'analyse expérimentale permet de déterminer ainsi. La *propriété sensitive* disparaît d'abord, puis la *fonction motrice* ou motricité nerveuse, la *contractilité musculaire* en troisième lieu. Mais la durée aussi exacte que possible de la survie de ces différents actes pouvait à peine être donnée par le procédé technique usité jusqu'à ce jour, l'électrisation directe ; car l'électrisation directe, comme les méthodes mécaniques et chimiques ont l'inconvénient de léser les tissus et de fausser les résultats. Dans la traction linguale systématisée, l'auteur trouve le procédé mécanique qui permet cette recherche ; son application a révélé une persistance inconnue de la vie latente, intérieure des propriétés fonctionnelles de l'organisme mort extérieurement.

MM. Besançon et Labbé. — Dans les expériences sur les arthrites infectieuses chez les animaux, les auteurs ont pu mettre en évidence un point de pathogénie générale. Chez le lapin, après avoir créé une arthrite infectieuse, en prélevant le microbe spécifique et en l'inoculant en série à d'autres lapins, cet agent pathogène reproduira la lésion articulaire primitivement créée.

M. Regaud (de Lyon) étudie le tissu conjonctif du testicule du rat. Le tissu conjonctif intertubulaire présente, à considérer la trame connective, les éléments cellulaires, le plasma remplissant les espaces libres. Au niveau de la trame connective, les fibres élastiques manquent et les faisceaux connectifs sont très rares et rudimentaires. Les éléments cellulaires sont surtout composés de cellules interstitielles jeunes, adultes ou séniles. Malgré l'activité extraordinaire des échanges migratifs dans le testicule, on ne trouve aucun leucocyte migrateur du type habituel dans le tissu de l'organe.

MM. Bonin et Garnier. — Au cours d'expériences en vue de déterminer chez le rat blanc l'alcoolisme chronique, les auteurs ont trouvé chez deux d'entre eux des lésions épithéliales des tubes séminifères. Chez ces animaux, les testicules présentaient microscopiquement des lésions profondes, consistant en une atrophie considérable. Sur les coupes microscopiques, l'épithélium séminal a disparu presque complètement ; dans la lumière des canalicules on observe un grand nombre de kystes spermatiques, ce sont les cellules les plus différenciées de la lignée séminale qui se montrent les plus sensibles à l'influence de l'alcool. Avant de dégénérer, ces cellules peuvent passer par une phase de vitalité ralentie, mais même dévoyée.

M. Hédon (de Montpellier). — Dans des études anté-

rieures, l'auteur a déjà démontré le rapport entre l'activité diurétique des divers sucres et leur poids moléculaire. Ses recherches actuelles portent sur la relation par l'absorption intestinale de ces substances. Le coefficient de transsudation qui donne la valeur purgative de ces substances atteint un maximum, au bout d'un certain temps, qui n'est pas proportionnel à la résorption du sucre et à la transsudation du liquide. Résorption et transsudation sont beaucoup plus rapides dans les premiers moments.

M. Rabaud. — L'œil unique des cyclopes proprement dits ne provient pas de la fusion et de la convergence de deux yeux primitivement distincts. Il se produit d'emblée sur un seul œil situé sur la face ventrale de l'embryon.

MM. Borrin (P. et M.) font une communication sur les follicules de De Graaf des mammifères et dessinent des follicules polyovulaires et des mitoses de maturation prématurée. E. P.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 janvier 1900. — Présidence de M. Troisier.

Œdème malin des paupières.

M. Thoinot et M. Girot (de Tillières-sur-Avre) communiquent un cas d'œdème malin des paupières chez un berger à la suite d'une piqûre d'insecte. Le malade faillit succomber; les accidents cédèrent à la simple application de compresses au sublimé. Le voisinage de moutons atteints de pustule maligne semblent suffire à indiquer l'origine charbonneuse de la maladie.

Syphilide pigmentaire.

M. Renault présente à la Société un malade qui, à la suite d'une escharre, fut atteint de syphilide pigmentaire s'étendant progressivement au cou, à la poitrine, aux régions dorsales et lombaires. L'apparition de la maladie date de trois mois après le début du chancre induré.

Traitement de l'épilepsie par les bromures avec hypochloruration.

M. Toulouse expose les expériences qu'il a faites avec M. Ch. Richet sur l'influence de la privation des chlorures dans le traitement de l'épilepsie par le bromure de potassium. Il fait remarquer l'importance du chlorure de sodium dans l'alimentation des animaux, surtout des herbivores.

En soumettant vingt épileptiques, de 17 à 49 ans, à un régime d'où l'on exclut le plus possible les chlorures. En quatre ou cinq jours on a diminué les chlorures. L'hypochloruration a rendu beaucoup plus actifs les bromures donnés comme traitement. Les vertiges ont été améliorés, les accès ont notablement diminués dans la proportion de 92 0/0. Sur les vingt malades, treize dans le quinzaine, suivant le début du traitement, ont vu disparaître leurs accès. Les malades qui avaient des accès avec la médication bromurée n'en ont plus eu le jour où l'on a donné le régime hypochloruré. Le régime n'a pas d'action par lui-même, l'expérience l'a absolument démontré, mais il a le pouvoir d'exalter la propriété thérapeutique du bromure. Il serait fort intéressant d'appliquer l'hypochloruration dans le traitement d'autres maladies.

M. Dupré croit qu'il serait intéressant d'étudier la chloruration des urines et la toxicité de l'urine.

M. Marcklen a remarqué chez des nerveux ayant des palpitations du cœur et des vaisseaux, une hyperchlorurie considérable. Il pense que le chlorure de sodium a une action excitante sur le système nerveux.

M. Toulouse n'est pas parti de ce principe. Il peut se faire que le sel ait une action excitante sur le système nerveux.

M. Linossier fait remarquer que les bromures et les chlorures se substituent très facilement au point de vue chimique et il est probable que le même phénomène se passe dans les cellules nerveuses. Les iodures, eux, n'agissent pas dans l'organisme de la même façon, ils ne se fixent pas comme les bromures et les chlorures, mais s'éliminent. Il est probable que l'hypochloruration ne produirait alors aucun effet dans la médication iodurée. J. N.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 17 janvier 1900. — Présidence de M. Pozzi.

M. Delbet a observé, il y a quelques années, un cas de *fracture de l'axis*, siégeant à l'union de la lame et de l'apophyse odontoïde, siège intéressant et pouvant permettre de rapprocher ce fait de celui dont M. Picqué nous a parlé dans la dernière séance.

M. Reynier a observé un cas de *lymphangisme* de la racine de la cuisse, qui paraît être un lymphangisme simple.

M. Pons (de Boulogne) présente un cas de *résection de l'articulation* temporo-maxillaire, pour ankylose.

Traitement des kystes hydatiques du foie.

M. Potherat rappelle d'abord l'historique du *traitement chirurgical des kystes hydatiques;* arrivant au procès fait par M. Delbet à la marsupialisation il déclare que les reproches faits par M. Delbet lui paraissent excessifs. Depuis l'ère antiseptique et surtout aseptique il n'y a plus de suppuration, on ouvre la poche plus largement et par conséquent le kyste est totalement évacué; aussi, dans ces dernières années, la marsupialisation a donné d'excellents résultats; les faits de fistules et d'épanchements de bile deviennent de plus en plus rares. Il n'est donc pas douteux que cette méthode n'est pas mauvaise; cependant le procédé de M. Delbet lui paraît un réel progrès. Dans certains cas même (kyste absolument superficiel) la ponction elle-même peut être indiquée et il y a d'ailleurs des faits qui confirment cette manière de voir. Quant aux cholerragies et hémorragies, M. Segond a montré qu'elles sont dues à des dilatations ampullaires de vaisseaux sanguins et biliaires dans la paroi du kyste et que la décompression va rompre.

M. Bazy présente une observation de *kyste hydatique* qui confirme l'opinion de M. Delbet, mais avec cette réserve qu'il faut prendre les précautions les plus minutieuses pour éviter l'infection secondaire.

M. Brun présente une observation de *kyste hydatique* traitée par Bouglé et qu'il se proposait de capitonner lorsque la première piqûre fit constater l'existence d'un nouveau kyste. M. Bouglé traita les deux par le capitonnage; les suites furent excellentes et en ce moment, dix-huit mois après l'opération, il n'y a plus trace de l'affection antérieure; c'est donc là un nouveau succès par la méthode de M. Delbet.

M. Reynier présente un rapport au sujet de deux observations de gangrène herniaire, dues à M. Buffet (d'Elbeuf); dans l'un des deux cas il y avait un véritable phlegmon stercoral; dans le premier cas il fut faire l'entérectomie, dans le deuxième, au contraire, il dut avoir recours à un anus artificiel.

M. Buffet conclut donc qu'il n'y a pas de règle déterminée et qu'on agira suivant le degré des lésions.

Appendicite.

M. Loison présente un malade opéré pour *appendicite* et qui, neuf jours après, fit une nouvelle collection; il continua à faire de la température avec douleurs thoraciques à la base droite — la radiographie montra qu'il y avait quelque chose des sous-hépatiques refoulant le foie en haut — une intervention nouvelle montra qu'il s'agissait d'un abcès du foie, ce qui vient confirmer les idées récemment émises par M. Dieulafoy.

M. Rauhère a observé un cas semblable, mais l'abcès s'était développé dans la rate.

M. Ricard présente une observation d'*appendicite* opérée une première fois par M. Beurnior et qui continua à présenter des douleurs dans la région hépatique avec phénomènes fébriles; une nouvelle intervention montre la présence d'une chaîne ganglionnaire infectée, dont deux mêmes étaient suppurées; le malade est en bonne voie de guérison.

M. Michaux communique un fait absolument analogue.

M. Tuffier, à côté des suppurations d'*angine lymphatique et hépatique*, pense qu'il faut ajouter les suppurations plus ou moins éloignées d'orifice appendiculaire.

M. Brun présente un cas analogue.

M. Poirier se demande si, dans le cas de M. Loison, il ne s'agissait pas simplement d'un abcès rétro-colique, ou si c'était véritablement un abcès du foie.

M. Loison pense que c'est un abcès du foie, car le doigt

introduit dans la poche ne lui permit pas de pénétrer derrière le côlon; au contraire, il trouva une véritable capsule, limité par le foie.

M. Quénu présente une femme malade à laquelle il a fait une *autoplastie* de la face, avec un lambeau pris sur le bras; dans une deuxième intervention il remplaça la peau du bras par un lambeau pris sur la face interne du thorax.

Schwartz.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 13 janvier 1900. — Présidence de M. Richelot.

La séance est ouverte à 4 h. 15. Le procès-verbal de la dernière réunion est lu et adopté.

Correspondance imprimée. — Revues et journaux habituels.

Correspondance manuscrite. — 1° Lettre de M. Abadie demandant l'honorariat. Le candidat se trouvant dans les conditions requises par les statuts, M. le Président nomme, pour examiner cette candidature, une commission composée de MM. Tissier, Pellier et Leudet, rapporteur.

2° Lettre de M. Chevallereau donnant sa démission de membre titulaire. Cette démission est acceptée.

3° Lettre de M. Jullien, président sortant, s'excusant de ne pouvoir, par suite d'indisposition, venir prononcer lui-même son discours d'adieu.

M. le Secrétaire général annonce à la Société que M. Jullien lui a fait parvenir le manuscrit de son discours, dont il donne immédiatement lecture.

Discours de M. Jullien, président sortant.

Messieurs, chers collègues,

Arrivé au terme d'un honneur que je tenais de votre bonté plus que de votre justice, je chercherais vainement des paroles à la hauteur de ma reconnaissance, si je ne savais, aujourd'hui encore, pouvoir compter sur votre affectueuse bienveillance. Merci donc, et de tout cœur. La charge de vous présider est légère et toujours doublée d'un plaisir, celui qu'on goûte au commerce de collègues savants et aimables, parmi lesquels l'esprit et la courtoisie sont de tradition.

J'ajoute qu'avec un secrétaire général comme M. Buret, la tâche du président est bien facilitée. En mon nom et au nom de la Société tout entière, j'adresse à notre collègue l'expression de la gratitude universelle, dont je suis heureux d'être ici l'interprète.

Je ne remercie pas moins MM. Dhomont et Albert-Weil, secrétaires annuels, et M. Millée notre éminent archiviste.

Quant à notre trésorier, M. Tissier, vous connaissez son zèle, sa compétence, sa sincérité, et vous savez qu'il ne nous marchandera jamais ses peines et ses conseils même sévères. Félicitons-nous, grâce au secrétaire général et au trésorier, d'avoir doublé sans encombre le cap doublement périlleux de notre changement de local et de journal. Par leurs soins, les plus heureuses réformes sont ainsi réalisées, et pour notre cher président, M. Richelot, qui a su conquérir de haute lutte une place si exceptionnelle dans la chirurgie contemporaine, l'instant où il prendra possession du fauteuil dans notre compagnie, sera le présage des honneurs prochains qui lui sont dus de la part d'autres collègues dans cette même enceinte et ailleurs. Je lui souhaite la bienvenue, ainsi qu'à notre vice-président, M. Beni-Barde, au dévouement duquel j'étais bien sûr que nous ne ferions point appel en vain.

Messieurs, dans la dernière année du siècle, nous avons beaucoup travaillé, comme le prouvent nos comptes rendus, et comme vous le dira notre secrétaire général avec sa verve coutumière. Mais les tristesses ne nous furent point épargnées. Vice-président, j'avais vu tomber mon président, M. Voisin, et président, j'ai dû conduire au champ du repos mon vice-président, le si regretté Gillebert-Dhercourt, notre ancien trésorier. En écrivant ce nom, je revis toutes les douleurs que nous a causées sa mort imprévue. Et je revois le collègue assidu, le compagnon charmant, homme de bien autant qu'homme de science, indulgent et serviable. Vous l'aviez élevé à la vice-présidence pour récompenser toute une vie d'effective collaboration, quand il fut emporté par le mal qui l'avait touché déjà sans altérer l'affabilité de son caractère. Le nom de Gillebert-Dhercourt disparaît de nos listes, mais nous restera cher à double titre, puisque le père de notre regretté collègue avait été des nôtres; à peine plus heureux que son fils, il avait été frappé en pleine présidence.

Durand-Fardel ne tenait plus à nous que par le fil d'un lointain passé. Après une carrière scientifique très longue et très honorée, il aimait à délasser sa verte vieillesse en des travaux littéraires qui ne furent pas sans éclat. Il est mort chargé d'ans et comblé d'honneurs, et son nom, dont la tradition est continuée par notre cher collègue Raymond Durand-Fardel, est pour toujours attaché à celui de la plus grande de nos stations hydro-minérales françaises.

Henry Morau, qui s'éteignit en silence, pendant nos vacances d'été, était parmi nous un nouveau venu, mais il avait su marquer sa place parmi les travailleurs et les orateurs les plus appréciés. Homme de science accompli, adonné à l'anatomie pathologique et à la physiologie, il avait le culte des lettres, et aimait passionément les arts. Ame d'élite, esprit délicat en un corps fragile: telle nos mémoires conserveront l'image du pauvre disparu.

Jetons maintenant un regard sur nos recrues, et nous reprendrons confiance.

M. Suarez de Mendoza se présentait à nous précédé d'une grande notoriété. On sait de combien de procédés nouveaux il a enrichi les spécialités qu'il exerce; aucune de ses communications, que rehaussent la nouveauté des théories et l'ingéniosité des mécanismes, ne nous surprendra plus. Par son habileté et le perfectionnement de son arsenal, il continue la tradition des brillants opérateurs qui ont illustré cette tribune. Esprit et main sont à même hauteur, et le cœur ne leur cède en rien. Si j'étais indiscret, je vous montrerais notre collègue expert à découvrir les infortunes cachées, et à porter remède aux détresses morales les plus absconses. Mais je m'arrête, n'ayant point mission de rédiger un rapport sur les prix de vertu. Je le regrette d'ailleurs, car si je vous parle de M. Monel, notre dernier titulaire, comment omettre de vous signaler la petite banderolle tricolore qui orne sa boutonnière et qu'il conquit au chevet des diphtériques en même temps que le terrible microbe. Pour vous dire tout le bien qu'il faut de mon ancien interne, je n'aurais, pense-t-on, qu'à reproduire mon récent rapport, mais ce ne serait pas encore complet, car depuis le début de 1900, M. Monel a brillamment triomphé dans un concours, et emporté la place de médecin du dispensaire. C'est bien commencer le siècle, c'est aussi bien heureusement inaugurer une carrière, à laquelle les plus légitimes succès sont promis.

MM. Loup et Bousquet sont venus grossir les rangs de nos associés résidants; le premier, professeur distingué de l'école dentaire; le second, savant biologiste, dont les travaux sur la cryoscopie ont fourni à M. Frenkel la matière d'un si remarquable rapport, nous apportent des compétences approfondies et variées que vos discussions sauront mettre à profit.

Enfin je salue mon vieil ami, l'éminent syphiligraphe Petersen (de Saint-Pétersbourg), que vos suffrages vont nommer membre correspondant étranger, si tant est qu'on puisse appeler étranger un homme d'esprit, qui parle français, et qui pense français.

Pauci sed boni, jamais appréciation ne fut plus exacte, mais ne perdons pas de vue que notre nombre statutaire n'est pas atteint et poursuivons désormais l'idéal *multi et boni*. Nous avons des vides dans chacune de nos classes : efforçons-nous de les combler et surtout soyons fidèles à la devise du vieux Marc-Aurèle : *Laboremus*.

M. Richelot, nouveau président, se lève et prononce l'allocution suivante :

Messieurs,

C'est l'usage que le président nouveau remercie ses collègues de lui avoir accordé leurs suffrages. Au moment de remplir cet agréable devoir, je me trouve dans un certain embarras Je suis resté si longtemps sans paraître ici! Vraiment, ne m'avoir pas oublié et m'avoir relancé pour me charger de présider à vos délibérations, c'est de votre part un témoignage de sympathie très flatteur, qui m'est précieux et qui excite en

moi de vifs sentiments de gratitude. Vous avez compris que, si des occupations multiples me tenaient éloigné, cependant je restais de cœur avec vous et je n'avais pas, au fond, abandonné la Société de médecine.

En revenant au milieu de vous, je retrouve d'anciens collègues, Dubuc, Leudet, Tissier, Polaillon, etc.; je trouve aussi de nouvelles recrues, si bien que vous réalisez le type d'une Société qui se rajeunit tout en restant vénérable, qui cherche le progrès tout en gardant ses traditions. Cette double tendance n'est-elle pas personnifiée par votre secrétaire général, M. Buret, dont vous appréciez les travaux scientifiques très modernes, en même temps que vous goûtez fort, j'en suis sûr, son vieux style rabelaisien qui vous rappelle si heureusement les temps disparus. N'est-elle pas personnifiée par votre président sortant, M. Jullien, cet esprit fin et délicat, ce collègue excellent. Je ne vous ferai pas, Messieurs, oublier la présidence de M. Jullien, je n'en ai ni la prétention ni le désir; toute mon ambition sera de le continuer et de lui ressembler de mon mieux. Et déjà, par quelques points, je suis sûr de lui ressembler, c'est par mon dévouement aux intérêts de la Société, par mon exactitude à vos séances, par mon désir de vous laisser l'impression d'un président qui, pendant toute l'année, aura été un bon camarade.

M. le Président invite M. Beni-Barde à venir occuper le fauteuil de la vice-présidence.

M. Beni-Barde vient prendre place au bureau, et remercie ses collègues de l'avoir appelé à des fonctions flatteuses pour celui à qui elles sont confiées.

M. le Secrétaire général monte à la tribune pour lire son rapport annuel.

Rapport sur les travaux de la Société pendant l'année 1899.

M. Buret, secrétaire général.

Messieurs et chers collègues.

S'il est une chose triste, entre toutes, parmi les prérogatives du secrétaire général, c'est bien l'article nécrologique prévu par notre règlement. Quand donc la mort inexorable lui permettra-t-elle de s'occuper uniquement des travaux de la Société de Médecine sans évoquer le souvenir des membres disparus! Hélas! l'année 1899 m'oblige encore à me conformer à cette pieuse tradition. Moins cruel qu'en 1898, le sort inconscient a fait de moins nombreuses victimes, mais les vides produits ont été particulièrement sentis.

Ce fut d'abord Max Durand-Fardel, un de nos membres honoraires; si quelques-uns d'entre nous n'ont pu l'apprécier personnellement, tous connaissaient son nom et savaient la valeur de cette grande physionomie médicale. C'était en quelque sorte le type de l'hydrologue: sa renommée a fait le tour du monde. Nous nous consolerons en pensant que son fils Raymond, qui lui succède dignement, est des nôtres comme membre correspondant national.

Puis c'est notre pauvre Gillebert-Dhercourt, frappé en pleines fonctions de vice-président. Dans son admirable discours, prononcé sur la tombe encore ouverte, M. Jullien vous a dépeint l'homme que nous venions de perdre: il me serait difficile de trouver des accents plus émus et ma plume vous paraîtrait bien pâle auprès de celle de notre ancien président. Je me bornerai à vous rappeler que Gillebert-Dhercourt était connu dans la Société pour son aménité de caractère et le charme de son commerce. Sans oublier ses travaux, que je ne puis énumérer ici, je mentionnerai qu'il était notre trésorier depuis 1890 lorsqu'il fut nommé vice-président. Seule, sa mort imprévue l'empêcha d'occuper aujourd'hui le fauteuil de la présidence, où vos suffrages l'auraient certainement appelé.

Henry Morau, membre titulaire, forme la troisième et heureusement dernière victime de l'année 1899. Son décès étant survenu pendant la période des vacances, aucun des membres du bureau ne fut prévenu et la Société n'a pu être représentée à ses obsèques. Préparateur au laboratoire d'histologie, où il fut le collègue du pauvre Martin-Dürr, Henry Morau était à la fois un homme de science et un littérateur. Originaire des Indes françaises, il parlait l'hindou et lisait à livre ouvert dans les Védas et toute la littérature sanscrite. C'est encore une figure remarquable qui disparaît: la perte est vivement sentie par tous ceux qui ont pu l'apprécier.

Maintenant, Messieurs, examinons vos travaux: puissent les œuvres des vivants nous consoler des méfaits de la mort!

La première séance de janvier a été marquée par une communication des plus intéressantes de M. Antonelli qui nous a révélé un signe tout nouveau permettant de faire, à l'exclusion de tout autre, le diagnostic de la syphilis acquise, je veux parler de ces stigmates qu'il nous a si bien décrits et que l'on peut apercevoir à l'examen ophtalmologique. Ce sont des stigmates rudimentaires concernant la pupille et la chorio-rétine. Ces mêmes signes avaient déjà été signalés antérieurement par le même auteur pour la syphilis héréditaire. Puis, c'est M. Albert-Weil, l'électricien, qui nous initie aux mystères et aux applications thérapeutiques des courants d'induction. Tantôt il nous présente un appareil, son nouvel ozoneur, par exemple, tantôt il nous apprend comment on utilise le courant statique induit en gynécologie et quel profit on peut tirer de l'application de l'effluve induit dans les ulcérations scrofulo-tuberculeuses de la peau. M. Coudray, qui vient ensuite, nous expose un procédé simple et ingénieux pour pratiquer l'antisespsie chirurgicale: vous vous rappelez tous son intéressante communication sur la propulsion d'agents divers, tels que l'iodoforme, le salol, etc., dans les plaies, à l'aide du chlorure d'éthyle pur. Ce procédé, appliqué à l'oblitération des cavités osseuses, lui a donné des résultats remarquables.

En suivant l'ordre alphabétique, nous trouvons une observation du plus haut intérêt rédigée par M. Dhomont: il s'agissait d'une tumeur ulcérée du sein, dont le diagnostic embarrassa des praticiens très éclairés. On pensa au cancer et même à la syphilis; M. Dhomont finit par soupçonner la tuberculose et la marche ultérieure de la maladie lui prouva qu'il était dans la bonne voie. M. Grasset, lui, n'a pas envisagé cette année la tuberculose qu'au point de vue historique; mais nous n'y perdons pas, car son importante étude sur la théorie parasitaire et la phtisie pulmonaire au XVIIIe siècle est un véritable travail de bénédictin fort utile à consulter au point de vue de la bibliographie. La dernière communication sur la scatologie, dans l'ancienne pharmacopée, est des plus instructives.

M. Guépin, le bon pourvoyeur des ordres du jours, travaille toujours ferme. Tantôt il vous éclaire sur un point obscur de l'anatomie de la prostate, tantôt il nous fait ressortir les avantages de la dilatation anale dans les affections douloureuses de l'urètre et de la vessie, puis ce sont d'intéressantes considérations sur le traitement chirurgical de la tuberculose testiculaire, ce qui nous vaut une remarquable dissertation de M. Coudray. Enfin, il nous fait part de ses expériences sur la levure de bière contre les suppurations urétrales, et engage ses collègues à faire des recherches de leur côté.

Nous arrivons à M. Jullien: la moisson est aussi des plus fructueuses. Ce sont d'abord des observations du plus haut intérêt sur le phagédénisme, sur la lithiase biliaire, avec une dissertation très instructive de M. Bouloumié, au point de vue pratique. Puis de curieuses révélations sur la pharmacopée chinoise et ses bizarres remèdes animaux; un plan d'expériences concernant le traitement de certaines tumeurs par la sérothérapie; enfin un travail de statistique qui a vivement impressionné le Congrès de Bruxelles: *Les vénériennes à Saint-Lazare*. Cette communication ne tardera pas à être suivie d'un autre mémoire, car M. Jullien se propose de répondre aux objections d'un auditeur tant soit peu révolutionnaire qui veut des réformes, et — le croirait-on! — n'a pas craint de traiter d'« immorale » la sainte police des mœurs.

M. Leudet, en présence d'un cas fort curieux d'hémoptysie chez une hystérique envoyée aux Eaux-Bonnes comme suspecte de tuberculose pulmonaire, se demande si l'hémorragie n'est pas plutôt due à l'hystérie, comme dans les cas observés par M. Mouzon, qu'à la phtisie, et tout porte à croire qu'il a raison en s'arrêtant à la première hypothèse.

M. Massalongo, membre correspondant étranger, nous a envoyé deux intéressantes monographies. La première, sur la température locale de la fièvre typhoïde, a été fort bien traduite par son compatriote, M. Stassano; la seconde, une revue nosographique des arthrites chroniques, a été analysée de main de maître par M. Antonelli.

M. MILLÉE nous a relaté un cas bien curieux d'hydrargyrisme; M. Suarez de Mendoza, faisant appel à ses souvenirs, nous a rapporté un cas analogue non moins suggestif.

La chirurgie utérine est toujours représentée par M. PICQUÉ: vous avez tous présentes à l'esprit ses brillantes communications sur les difficultés du diagnostic dans certaines formes du cancer de la matrice, et sur la fréquence des affections gynécologiques chez les aliénées. M. ROUBINOVITCH nous expose le diagnostic et le traitement d'un cas remarquable de neurasthénie syphilitique. En collaboration avec M. Montalescot, il nous raconte comment il est arrivé au diagnostic d'une déviation douteuse de la colonne vertébrale dans un cas de rachitisme avec urticaire dermographique.

Enfin, M. STASSANO, maintenant au Laboratoire de Physiologie de la Sorbonne, nous initie au concours des phagocytes dans l'issue aseptique des plaies opératoires.

Tel est le bilan de nos travaux pour l'année 1899 : il est à peu près égal à celui de l'année dernière, bien qu'il paraisse plus faible à première vue si l'on ne considère que le nombre de pages du bulletin. En effet celui-ci n'aura guère plus de 300 pages, si toutefois il atteint ce chiffre, au lieu de 378, comme en 1898. Mais il ne faut pas oublier que nous n'avions pas moins de *dix* candidats nouveaux, dont *sept* titulaires : leurs travaux de candidatures et les rapports sur chacun d'eux représentent bien l'écart de 78 pages. Mais ne nous plaignons pas trop haut, car notre trésorier écoute et la situation qu'il nous a dépeinte dans la dernière séance nous engage à la concision. Aussi, pour donner l'exemple, vais-je me hâter de souhaiter la bienvenue à nos nouveaux collègues.

L'année 1899 a été peu fertile en nouvelles candidatures : cinq, c'est-à-dire la moitié de la moisson de 1898; heureusement que la qualité nous console de la petite quantité. Nous avons deux membres titulaires, deux membres associés résidants et un membre correspondant étranger. C'est d'abord M. SUAREZ DE MENDOZA, spécialiste des plus distingués, qui lit à livre ouvert dans les diverticules les plus dissimulés des conduits auditifs et des fosses nasales. Vous avez tous écouté avec intérêt son intéressante note sur le traitement des obstructions de la trompe d'Eustache où il entre comme chez lui. Vous avez tous également admiré son nouvel instrument, ce perforateur électrique pour obstructions nasales qui vous découpe un cornet en moins de temps qu'il n'en faudrait pour appliquer une chiquenaude.

M. MONEL fait partie de cette phalange d'internes de Saint-Lazare formés par M. Jullien : les quelques représentants que possède déjà notre Compagnie nous montrent ce que le maître a su en faire; aussi comptons-nous bien que M. Monel, qui vient d'entrer parmis nous, ne laissera pas chômer les ordres du jour.

J'arrive à une physionomie bien intéressante, celle de M. LOUP, l'un de nos nouveaux membres associés résidants; et, sa modestie dût-elle en souffrir, je ne puis m'empêcher de dire ce que je pense de lui et de cette jeune Ecole dont il est l'un des plus brillants professeurs. Car, Messieurs, il faut définitivement faire notre deuil — et ce n'est pas malheureux! — de l'antique légende de l'arracheur de dents, le banquiste qui pérorait sur les places publiques devant des auditeurs hypnotisés par sa faconde et son orchestre digne de l'Apocalypse. Ce charlatan, que nous avons presque tous vu — peut-être même bien admiré — dans notre prime jeunesse, a définitivement vécu. Grâce aux efforts réunis d'hommes de valeur, grâce aussi à une première phalange d'honnêtes praticiens, l'*Ecole dentaire de Paris* a vu le jour. On y étudie selon les principes scientifiques, on y fait des cours, on y confère des grades.

C'est une annexe de la Faculté de Médecine, bientôt elle en fera partie; dans quelques années, l'art dentaire ne sera plus qu'une des branches de la profession médicale et tous ceux qui s'adonneront à cette spécialité seront docteurs en médecine. Ce résultat sera obtenu grâce à l'enseignement qu'on distribue à l'Ecole dentaire, enseignement qui tend à s'élever de jour en jour. C'est un professeur de Clinique de cette Ecole que la Société a la bonne fortune de posséder dans son sein en la personne de M. Loup. Il vous a suffi d'écouter son intéressante communication sur le traitement des dents à pulpe morte et les complications qu'elles entraînent, pour comprendre que vous aviez devant vous un véritable chirurgien. Si vous vous reportez au rapport de M. Sibut, vous y verrez que M. Loup, obligé d'interrompre trop tôt ses études classiques, a dû se compléter par lui-même et vous comprendrez quelle somme de travail il a fallu produire pour atteindre le résultat actuel, c'est-à-dire la situation scientifique que M. Loup, le plus jeune des professeurs de l'Ecole dentaire, est parvenu à se créer.

Nous avons encore deux candidatures pour lesquelles vous allez donner dans quelques instants votre consécration officielle. Toutefois, comme le vote n'est pas encore proclamé et que je dois donner l'exemple de la discipline en obéissant tout le premier aux règlements, je me bornerai à accompagner de mes vœux les plus sincères M. BOUSQUET, candidat au titre de membre associé résidant et M. PETERSEN, le distingué professeur de Pétersbourg, candidat au titre de membre correspondant étranger.

Il ne me reste plus maintenant, Messieurs, selon l'antique usage, qu'à vous souhaiter une bonne santé pour l'année 1900 et surtout un excellent estomac afin de vous voir arriver en nombre respectable au banquet du 20 janvier.

M. ROUBINOVITCH demande à la Société de prendre part à la lutte contre l'alcoolisme.

Rôle de la Société de Médecine de Paris dans la lutte contre l'alcoolisme.

M. ROUBINOVITCH. — La lutte contre l'alcoolisme cesse de constituer le privilège absolu des ligues de tempérance. Toutes les Sociétés qui se consacrent à l'étude des questions d'hygiène sociale commencent à s'intéresser activement à cette lutte. C'est ainsi qu'entre autres corporations scientifiques, la *Société médicale des hôpitaux*, après un remarquable rapport de M. Jacquet, a nommé une commission permanente chargée d'étudier tous les moyens propres à diminuer l'alcoolisme parmi les malades traités dans les hôpitaux.

Or, l'alcoolisme doit être combattu surtout avant qu'il ait déterminé des affections de toute sorte, souvent incurables, déterminant l'entrée de ses victimes à l'hôpital. C'est pendant que l'ouvrier est encore à son usine, à sa fabrique, dans sa famille, qu'il a surtout besoin d'être averti. De même, le petit employé, le bourgeois. C'est dans ces milieux extra-hospitaliers qu'il s'agit, avant tout, de combattre les préjugés, les erreurs d'hygiène alimentaire et les abus pharmaceutiques qui se rattachent à l'alcool.

Il m'a semblé qu'il appartenait à la *Société de Médecine de Paris* d'organiser la lutte contre les abus alcooliques dans ces familles si intéressantes d'ouvriers et d'employés. Je vous soumets simplement la question, n'ayant aucunement la prétention de vous dicter une ligne de conduite, mais désireux seulement de provoquer la constitution d'une commission qui se chargera d'étudier les voies et moyens par lesquels notre Société peut contribuer à l'extinction du fléau alcoolique dans les milieux extra-hospitaliers auxquels je faisais allusion tout à l'heure.

La Société prend en considération la proposition de M. Roubinovitch et décide que la question sera étudiée. A cet effet, M. le président nomme une Commission composée de MM. GLÉNARD, DUBUC, MOUZON, CHRISTIAN, VILLEPRAND et ROUBINOVITCH. Les membres de cette Commission sont invités à assister à la prochaine séance pour s'entendre sur les jours et heures de leurs réunions ultérieures.

On procède ensuite au dépouillement du scrutin.

M. BOUSQUET, ayant obtenu 19 voix sur 19 votants, est nommé à l'unanimité membre associé résidant.

M. PÉTERSEN, ayant obtenu 18 voix sur 20 votants, est nommé membre correspondant étranger.

La séance est levée à 5 h. 35.

Un des secrétaires annuels,
Dr DHOMONT.

REVUE DE CHIRURGIE

Œuvres chirurgicales; par le Dr Psaltoff, chirurgien en chef de l'hôpital grec de Smyrne.

M. le Dr Psaltoff, chirurgien de l'hôpital grec de Smyrne, vient de publier un consciencieux travail sur un grand nombre de cas intéressants observés par lui dans son service pendant une période de quatre ans (1895-99). Si j'en donne ici une courte analyse, c'est que le Dr Psaltoff, élève de la Faculté de Paris, s'est attaché dans sa pratique chirurgicale, et notamment en ce qui concerne la réalisation de l'antisepsie, à se conformer aux principes et aux méthodes de l'Ecole française. En réalité, c'est le développement d'une œuvre française en Orient que l'intéressant travail du Dr Psaltoff nous révèle.

Ce travail est une preuve encore que, pour bien faire, il n'est pas indispensable d'habiter un centre scientifique; pour en créer un, il suffit d'un homme expérimenté, résolu et persévérant. Certes, jusque dans ces derniers temps, la chirurgie n'était guère cultivée en Asie mineure. Aujourd'hui, grâce au Dr Psaltoff, l'hôpital (de Smyrne) représente un foyer d'instruction chirurgicale pouvant être classé parmi les premiers de tout l'Orient et comparable aux services européens les mieux ordonnés. On peut juger, par la variété et par l'importance des opérations que pratique le Dr Psaltoff, des difficultés auxquelles il n'a pas hésité à s'attaquer :

Toutes les opérations de la chirurgie courante;

Opérations remarquablement exécutées sur les os;

Laparotomies pour fibromes de l'utérus, pour grossesses extra-utérines, pour salpingites, pour kystes de l'ovaire, pour tumeurs du mésentère, pour kyste et abcès du foie avec suture de l'organe;

Opérations par le canal vaginal : hystérectomies, tracheiloplasties, etc.;

Opérations sur la plèvre, etc.

J'ajoute que, même pour les plus difficiles de ces opérations, M. Psaltoff obtient des succès opératoires évidents et que la mortalité dans son service est relativent minime.

Parmi les laparotomies, les unes sont entreprises dans un but d'exploration; les autres, basées sur un diagnostic ferme, sont curatrices. Les résultats fournis par ces interventions sont généralement satisfaisants, et, pour certaines d'entre elles, ils sont remarquables. Pour la tuberculose péritonéale, M. Psaltoff enregistre, sur 20 cas, 16 succès. Sur ce point, sa statistique est meilleure que celles publiées depuis quelques années. Il rapporte des survies de 1 à 2 ans. Les opérations sur l'appendice n'ont pas donné à l'auteur autant de succès. Il est plus que probable que, pour la plupart des malheureux qu'il a eu à traiter, c'est l'intervention tardive qui doit être surtout incriminée. Aussi, le Dr Psaltoff est-il devenu partisan d'une intervention à outrance. Il y a évidemment là une exagération. Aussi bien la clinique n'a pas encore dit son dernier mot sur ce point, et la difficulté, au lit du malade, est précisément de savoir reconnaître les conditions qui commandent l'intervention, celles qui l'écartent comme inutile, celles enfin qui autorisent l'expectation armée. On trouvera dans les cliniques de mon maître, le Pr Duplay, que nous avons publiées en collaboration avec le Dr Cazin, une étude approfondie de la question, et, pour un grand nombre de cas, l'établissement d'indications bien précises.

En ce qui concerne le manuel opératoire, je ferai remarquer que l'incision suivant le bord externe du muscle droit, préconisée pour certains cas par M. Psaltoff, est aujourd'hui presque universellement abandonnée au profit de l'incision parallèle à l'arcade de Fallope. On ne doit aborder la grande séreuse par l'incision médiane que dans les cas de péritonite consécutifs à l'appendicite. Mais alors, la vermiseetomie devient tout à fait accessoire; c'est la péritonite que vise l'intervention.

Constatons que les opérations sur les hernies étranglées ou non ont donné d'excellents résultats. Rappelons, toutefois, à l'occasion des deux insuccès rapportés par l'auteur pour des hernies, non étranglées, chez des personnes âgées de 80 ans, qu'il existe certaines contre-indications que la complaisance ne doit jamais faire négliger. Sur 11 cas de kystes de l'ovaire, nous relevons 11 guérisons. Cela est normal, sans doute, mais cela indique de la part du chirurgien une grande habilité et la stricte observance des règles de l'asepsie. M. Psaltoff rapporte deux cas de grossesse extra-utérine opérés et guéris. Avec la plupart des auteurs, il considère que le diagnostic est généralement impossible. C'est le contraire, à mon avis, qu'il faudrait dire. Je pourrais citer à l'appui une trentaine de cas opérés à l'Hôtel-Dieu, soit par mon maître, soit par moi, et pour lesquels le diagnostic avait été nettement posé avant l'intervention. Je ne puis entrer ici dans les détails de ce diagnostic, mais j'affirme qu'en tenant compte des signes fonctionnels — règles, hémorrhagies, expulsion de membranes, etc. — des particularités de la tumeur salpingienne, de son unilatéralité, de la coexistance d'une hématocèle, des modifications de l'utérus, etc., on arrive toujours à reconnaître une grossesse extra-utérine, datant de un, deux ou trois mois, que l'embryon soit vivant ou mort. Or, c'est surtout dans ces premiers mois que le diagnostic est difficile.

J'ai été frappé du petit nombre de fibromes utérins opérés à l'hôpital de Smyrne. Sans doute, c'est là le fait d'une plus grande tolérance pour ces tumeurs de la part des femmes orientales dont la vie est beaucoup moins active que celle des européennes. Dans les huit cas relatés par l'auteur, l'intervention à été des plus heureuses. Il a suivi, comme nous, pour les gros fibromes la voie abdominale, et la voie vaginale pour les petits.

Au sujet des opérations de gynécologie, j'ai quelques critiques générales à adresser à M. Psaltoff. D'abord, dans l'extirpation des annexes, il n'est nullement de règle, en cas d'extirpation bi-latérale, d'enlever aussi l'utérus. Bien au contraire, l'hystérectomie simultanée ne doit être pratiquée que si l'utérus est malade, considérablement malade, et, dans ce cas, ce n'est pas la laparatomie mais l'hystérectomie vaginale qui est indiquée. Sur ce point, la pratique de la plupart des chirurgiens français est en opposition avec celle des américains. Et, de fait, malgré l'origine utérine de toutes ou presque toutes les salpingites, il n'est nullement certain que des phénomènes fonctionnels, douleurs, écoulements, etc. continueront à se manifester si l'utérus est laissé en place. Ne voit-on pas, au contraire, à la suite de l'ovaro-salpingectomie double, disparaître à peu près tous les symptômes morbides d'origine utérine? Pour les cas où il en est autrement, mieux vaut recourir à une hystérectomie secondaire. Souvent même un traitement intra-utérin, un grattage suffira à amener la guérison définitive.

En effet, la conservation de l'utérus a une importance très grande. D'abord, l'opération pratiquée par l'abdomen est toujours plus grave lorsqu'en même temps que les annexes on extirpe l'utérus. Ensuite, il ne faut pas perdre de vue que l'utérus joue un rôle considérable dans la statique des organes abdominaux; son extirpation détruit l'équilibre de ces organes, entraîne des déviations secondaires du côté des viscères pelviens et, enfin, facilite le relâchement du périnée sous l'influence de la poussée intestinale. L'argument invoqué par les hystérectomistes américains n'a aucune valeur; je veux parler du danger d'un prolapsus utérin consécutif à la salpingectomie double, et cela par suite de l'affaiblissement des moyens de suspension de l'utérus. Si, au cours d'une opération de salpingectomie, pareil accident éloigné était à craindre, il suffirait de faire en sorte qu'il ne se produise pas.

Pour ma part, j'ai l'habitude de toujours rétablir la continuité des ligaments larges et surtout de leur bord supérieur, en réunissant le moignon du pédicule externe à la corne utérine ou bien au tronçon de la trompe resté en place après l'extirpation. Dans la même suture, je comprends aussi le ligament rond, si bien que tous les ligaments suspenseurs de l'utérus se trouvent refaits et

plus solides qu'auparavant. Dans les cas où la réfection me paraît impossible, je fixe l'utérus à la paroi abdominale. De toute manière, le danger d'un prolapsus est absolument écarté. Lorsqu'un utérus par trop malade fait craindre des accidents consécutifs, il me paraît que l'hystérectomie vaginale avec extirpation du parameterium est préférable à la même opération pratiquée par la voie abdominale. Cette dernière est moins rapide et plus grave.

En résumé, il faut réserver la laparatomie pour les cas où l'une ou les deux annexes seulement doivent être extirpées, et recourir à l'hystérectomie vaginale dans ces cas où l'extirpation doit comprendre aussi l'utérus.

Les mêmes remarques s'appliquent à l'opération des fibromes. Le remarquable rapport du Dr Ricord a montré tout ce que l'intervention gagne en bénignité quand on ne sacrifie pas tout l'utérus. L'hystérectomie abdominale sub-totale, *cervicotomie*, est bien moins grave que l'hystérectomie totale. L'avulsion de fibromes même volumineux, avec conservation de l'utérus, est une opération très simple.

Je puis rapporter quatre cas que nous avons opérés, mon maître et moi, au cours de ces deux dernières années, avec plein succès, et dans lequel le volume de la tumeur fibreuse variait entre celui d'une tête de fœtus et celui d'une orange. Dans l'un de ces cas, j'ai enlevé six fibrones sous-péritonéaux sessiles. Dans trois cas, la cavité utérine fut ouverte. Malgré tout, l'opération a été des plus bénignes. Nous ne pratiquons ni cautérisation de la cavité utérine ouverte, ni hémostase préventive. La suture au catgut exécutée sur la muqueuse utérine d'abord, puis sur les parois musculaires en deux ou trois plans, suffit pour mettre à l'abri de toute infection. Par dessus l'incision musculaire on suture également au catgut la membrane péritonéale. En ce qui concerne les corps fibreux pédiculés sous-péritonéaux, il ne saurait surgir aucune discussion. Leur extirpation pure et simple est la règle. Les quatre observations que je viens de citer concernaient des corps fibreux interstitiels à évolution péritonéale. Lorsque ces tumeurs sont très volumineuses, comme pour l'un de nos cas, on est étonné de l'étendue des deux lambeaux qui restent flottants sur l'utérus après l'extirpation de la tumeur. Avec de forts ciseaux, on les resséque convenablement, n'en laissant subsister que ce qu'il faut pour la suture. Malgré les données anatomo-pathologiques en cours, il est rare qu'on soit obligé de lier un vaisseau après l'extirpation ; la perte totale de sang est insignifiante. Je ne puis entrer dans les détails de manuel opératoire; il fera prochainement l'objet d'une thèse, et j'y reviendrai dans un autre article.

Dans le travail du Dr Psaltoff, je ne vois pas mentionnée une pratique familière à beaucoup de chirurgiens français et dont je suis très partisan, l'ouverture du cul-de-sac postérieur comme moyen de drainage. Cette pratique est destinée, je crois, à supprimer un certain nombre de marsupialisations, et, la plupart du temps, le drainage à la Miekulicz. En tout cas, c'est le meilleur moyen pour prévenir l'infection du péritoine, lorsque cette infection est à craindre du fait soit de la nature des lésions soit des incidents opératoires.

Pour la suture des parois abdominales, le Dr Psaltoff emploie, comme la plupart des chirurgiens français, la suture à trois étages. J'ai publié il y a déjà quelque temps dans la *Semaine médicale* un article pour démontrer l'infériorité de cette suture vis-à-vis de la suture en masse, et comment une troisième manière de suturer que j'ai conçue et que je pratique couramment, participait des avantages respectifs des deux autres.

Pour les opérations sur les voies urinaires — opérations sur le rein, la vessie et l'urètre — les résultats obtenues à l'hôpital de Smyrne sont généralement très bons. Toutefois, je relève avec étonnement 4 morts post-opératoires sur 29 cas de cystotomie sus-pubienne. Je mentionne en passant une tentative de redressement pour incurvation pottique, tentative qui n'a trouvé qu'un résultat médiocre.

Mon regretté maître Verneuil et moi avons établi sur quels principes on doit se guider dans la pratique des injections d'éther iodoformé. Leur observance suffit pour mettre à l'abri de tout accident soit d'empoisonnement, soit d'hyper-extension de la poche, de réaction péritonéale, etc. On trouve, dans le mémoire du Dr Psaltoff une observation curieuse, laquelle, comme il le fait remarquer, n'est d'ailleurs pas unique. Il s'agit d'accidents comateux ayant succédé à une période d'agitation peu après l'injection d'éther iodoformé dans la poche d'un abcès par congestion, abcès pottique. L'auteur discute les différentes théories émises pour expliquer ce genre d'accidents. Comme lui, je crois qu'il s'agit plutôt d'une intoxication rapide, par l'éther absorbé à dose massive, que d'un empoisonnement dû à l'iodoforme. On peut prévenir cet accident en modérant la distension de la poche tuberculeuse par le procédé de Verchère. Pendant l'injection, on ponctionne avec une aiguille de Pravaz un point de la paroi distendue, ce qui permet aux vapeurs d'éther produites en excès de s'échapper.

Rien à relever dans la statistique du Dr Psaltoff au sujet des opérations de chirurgie courante, sinon ce fait assez bizarre que près de 30 0/0 des nombreux cas de plaies par instruments tranchants se rapportent à des blessures siégeant aux cuisses. La même proportion se retrouve pour les plaies par balles. Il faut croire que les Smyrnotes apportent quelque magnanimité dans leurs tentatives même d'homicide.

De cette courte analyse il faut conclure que l'installation et le fonctionnement du service chirurgical de M. le Dr Psaltoff sont excellents. Nous adressons à l'Epherie de l'hôpital grec de Smyrne nos sincères félicitations d'avoir su choisir un véritable chirurgien pour l'organisation et la direction de ce service, et de lui avoir facilité la tâche ardue qu'à son honneur il a menée à bonne fin. On peut seulement regretter que le gouvernement hellénique ne cherche pas à utiliser lui-même la science et les talents de jeunes médecins grecs comme le Dr Psaltoff. Ce serait un moyen de réorganiser la Faculté de Médecine d'Athènes qui sur tant de points laisse beaucoup à désirer.

En ce qui nous concerne, nous ne pouvons que nous féliciter de voir l'instruction scientifique reçue en France porter à l'étranger d'aussi beaux fruits. Dr CLADO,

Chef des travaux de gynécologie à l'Hôtel-Dieu.

MÉDICAMENTS NOUVEAUX

Kineurine.

On désigne sous ce nom le glycérophosphate de quinine, nouvelle combinaison qui présente un double intérêt, car l'action de son acide vient se juxtaposer à celle de la quinine. L'existence de l'acide glycérophosphorique dans les lécithines, ses rapports avec la substance nerveuse constituent des faits d'ordre trop classique pour qu'il suffise de les signaler ici. Il est aujourd'hui également démontré que l'acide glycérophosphorique fournit le phosphore sous forme de combinaison naturelle et assimilable capable d'accélérer énergiquement la nutrition et de combattre la dépression nerveuse. De plus, les propriétés thérapeutiques des divers glycérophosphates déjà connus ont été exposés dans de si nombreux travaux qu'il est difficile de ne pas admettre, *à priori*, que l'acide glycérophosphorique soit capable d'adjoindre son pouvoir propre à celui de la quinine, lorsqu'on combine ces deux corps.

La **Kineurine** a été obtenue par deux méthodes différentes: 1° en neutralisant une solution titrée d'acide glycérophosphorique par une quantité équivalente de quinine; 2° en pratiquant la double décomposition entre deux solutions, l'une de sel de quinine, l'autre de glycérophosphate de chaux, solutions employées toutes deux en proportion équivalentes (1).

Les deux méthodes permettent d'obtenir le même composé qui se présente sous forme de fines aiguilles blanches dont

(1) Extrait d'une communication faite à la Société de Pharmacie de Paris, par M. MONCOUR. (Séance des 2 février et 2 mars 1898.)

l'aspect rappelle assez celui du sulfate de quinine officinal. Ce corps est inodore, amer, mais son amertume est très atténuée, et elle est beaucoup plus supportable que celle du sulfate de quinine.

Le glycérophosphate de quinine est peu soluble dans l'eau, même bouillante; ainsi, 100 parties d'eau dissolvent un peu moins de 1/2 partie de sel à 15° et environ I partie 1/2 à l'ébulition. La solubilité dans l'alcool est intéressante : vers 15°, 100 parties d'alcool à 95° dissolvent un peu moins de 3 parties de sel, tandis que celui-ci se dissout, au contraire, en toutes proportions dans l'accol bouillant. Presque insoluble dans l'éther, il se dissout avec d'autant plus de facilité dans la glycérine que celle-ci est moins hydratée. Ce nouveau sel de quinine n'est modifié dans sa composition, ni par dilution de ses solutions, ni par l'action de la chaleur sur celles-ci, contrairement à ce qui a lieu pour d'autres glycérophosphates et en particulier pour le glycérophosphate de chaux: c'est donc un composé très stable. Il fond à 154°.

Sa composition est celle d'un glycérophosphate basique de quinine répondant à la formule :

$$O = P \begin{cases} O.\ C^3 H^7 O^2 \\ OH.\ C^{20} H^{24} Az^2 O^2 \\ OH.\ C^{20} H^{24} Az^2 O^2 \end{cases} + 4\ H^2 O$$

Il contient 72,6 0/0 de quinine et 19,2 0/0 d'acide glycérophosphorique : sa teneur de quinine est donc supérieure à celle du sulfate neutre et sensiblement la même que celle du sulfate basique.

Ses caractères sont ceux de la quinine et des glycérophosphates.

L'étude thérapeutique, faite par M. le professeur Gilbert, a démontré que ce nouveau composé ne le cède en rien, comme fébrifuge, au sulfate de quinine, jusqu'alors resté sans rival et que, de plus, il est extrêmemsnt assimilable.

Afin de masquer l'amertume caractéristique des sels de quinine, on enferme la **Kineurine** dans une mince couche de gélatine qui se dissout avec une très grande facilité dans l'estomac. Ces sortes de capsules, appelées Sphérulines permettent l'administration de ce nouveau composé sous la forme la plus simple et la plus pratique.

La **Kineurine** ayant la même richesse en quinine que le sulfate officinal, se prescrit aux mêmes doses et de la même façon.

1° Comme **fébrifuge** (*Accès fébrites, fièvres intermittentes et patudéennes, grippes, influenza*).

La dose ordinaire est de 6 à 12 *sphèrutines* prises moitié dès les premiers symptômes de l'accès de fièvre ; le reste à la fin de l'accès.

Pour les enfants de 5 à 10 ans, la dose est réduite de 2 à 4 *sphérulines*.

2° Comme **antinévralgique** (*migraines*) : 3 à 6 *sphérulines* par jour, prises deux heures avant l'accès.

3° Comme **tonique** (*Neurasthénie, convalescence de la grippe en général et de toutes tes affections qui amènent une dépression nerveuse et pour tesquelles il est utite de stimuler énergiquement l'organisme*) ; 2 à 4 *sphèrutines* par jour, soit 1 ou 2 immédiatement avant les principaux repas.

Nota : Prise de cette façon, la **Kineurine** remplace avantageusement les vins toniques (Quinquina, Kola, Coca, etc.), qui incommodent nombre de malades, soit par leur saveur, soit par leur alcool.

FORMULES

IV. — Contre la toux.

Sirop de codeine.	15 grammes.
— de belladone.	10 —
— de tolu.	20 —
Eau bromoformée saturée.	105 —

par cuillerées à café tous les quarts d'heure.

AVIS POUR LES NUMÉROS MANQUANTS

Les numéros manquants de 1899, réclamés avant le 31 janvier 1900, seront envoyés gratuitement. Après cette date, pour les numéros de 1899 et autres, le prix sera de 20 centimes par numéro.

VARIA

Les Asiles municipaux.

Le Conseil municipal vient de publier le rapport de M. Louis Lucipia sur le budget et le contrôle des Asiles municipaux. Ces asiles, qui rendent les plus grands services aux malheureux, font honneur à ceux qui ont le souci de leur organisation il suffit de les citer avec leur destination pour en faire saisir toute l'importance philanthropique : 1° Asile Léo Delibes, à Clichy, pour les enfants momentanément abandonnés (1) ; 2° Asile Ledru-Rollin, à Fontenay-aux-Roses, pour les femmes relevant de couches, 3° l'Asile ouvroir Pauline-Roland pour femmes (rue Fessart, 37 à Paris) ; 4° Asile de nuit pour femmes: Georges Sand, (rue Stendhal à Paris) ; 5° Asile Nicolas-Flamel, ouvroir et refuge de nuit pour hommes (71, rue du Château-des-Rentiers à Paris) ; 6° Asile Benoît-Malon, refuge de nuit pour hommes, quai de Valmy, 107.

Conseil général de la Seine.

Renvoi à la 3e Commission d'une proposition de M. Lévêque tendant à ce que les distributions de tingerie de première nécessité soient données plus amplement aux vieillards et assistés des asiles du département de la Seine.

M. Lévêque. — Le service de lingerie, chemises, mouchoirs, etc., et objets de première nécessité distribués dans les asiles de vieillards et d'assistés d'Ivry-sur-Seine (incurables), Bicêtre, Villers-Cotterets, etc., etc., laisse beaucoup à désirer sous tous les rapports. Je prie le Conseil général de bien vouloir renvoyer à la Commission compétente la proposition suivante tendant à ce que le service de la lingerie soit modifié et que les assistés aient plus de linge de corps et de toilette à leur disposition et que les distributions en soient plus fréquentes. — Signé : Lévêque. — Renvoyée à la 3e Commission.

Nous ne pouvons trop appuyer cette proposition. Elle est malheureusement tout à fait motivée. En effet, pour ne parler que de l'hospice de Bicêtre, les vieillards n'ont de lavabos dans aucun dortoir et s'ils veulent se laver, ils doivent le faire aux fontaines placées dans les cours. Ils ne disposent d'aucune serviette et il faut qu'ils s'essuient avec leurs mouchoirs. Nous avons nous-même signalé cette déplorable situation dans les visites des Commissions et dans un de nos rapports au Conseil municipal... il y a DIX-HUIT ANS. BOURNEVILLE.

Vœu relatif au service des aliénés.

M. Faillet. — J'ai l'honneur de déposer le vœu suivant pour lequel je demande l'urgence : « Le Conseil général, considérant les constatations faites par les membres de la 3e Commission lors de leurs visites dans les asiles *d'aliénés privés* et de l'État, constatations d'autant plus regrettables qu'il s'agit de sévices exercés sur des malades inconscients et d'autant plus dignes d'intérêt qu'ils imposent l'obligation au Conseil général de retirer le plus promptement possible ces malades desdits asiles, émet le vœu : M. le ministre de l'Intérieur est invité à donner les instructions les plus sévères pour que soient réprimés les sévices commis dans les asiles d'aliénés sur les malades de ces établissements. — Signé : Faillet, Berthaut. » — L'urgence est prononcée. Le projet de vœu est ensuite adopté.

D'où la nécessité pour le département de la Seine : 1° de hâter l'achèvement du Ve asile. — 2° d'étudier le programme d'un asile dans la région Nord et d'un autre dans la région Ouest du département *qui en sont dépourvus* ; — 3° d'organiser des *secours à domicile* pour les aliénés tranquilles. B.

Assistance publique à Paris.

Création dans tes hôpitaux d'un ordre nouveau de praticiens pour ta direction des services spéciaux d'ophtalmologie. — Organisation du concours spécial pour ta nomination des ophtatmotogistes des hôpitaux.

Le directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique : Vu la loi du 10 février 1849, art. 1 et 5 § 10, et celle du 7 août 1851, art. 8, *in fine* ; Vu les avis émis par le Conseil de surveillance dans les séances des 25 novembre 1897, 7 juil-

(1) Voir le *Progrès médical* du 21 octobre 1899, p. 269.

let 1898 et 21 juillet 1898, tendant à ce que les services spéciaux d'ophtalmologie existants ou à créer dans les hôpitaux soient confiés à des spécialistes nommés au concours, et approuvant le programme arrêté par sa Commisssion pour l'organisation dudit concours ; arrête :

Art. 1er. — Il est créé, pour être chargé exclusivement de la direction des services spéciaux d'ophtalmologie existant actuellement ou à créer dans les hôpitaux, un ordre nouveau de praticiens qui prendront le titre « d'ophalmologistes des hôpitaux ».

Art. 2. — Les ophtamologistes des hôpitaux seront nommés, dans les mêmes formes que les médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux, à la suite d'un concours spécial dont le programme est déterminé ci-après.

Art. 3. — Le programme du concours spécial pour la nomination aux places d'ophtalmologistes des hôpitaux est arrêté ainsi qu'il suit, savoir :

I. — Conditions d'admission au concours. — Comme pour les places de médecin, de chirurgien ou d'accoucheur des hôpitaux, les candidats devront justifier qu'ils possèdent depuis cinq ans révolus, le diplôme de docteur en médecine obtenu devant une Faculté de médecine française de l'Etat. Néanmoins, le temps de doctorat est réduit à une année pour les candidats qui justifient de quatre années entières passées dans les hôpitaux et hospices de Paris en qualité d'internes en médecine.

II. — Epreuves du concours. — Les épreuves du concours sont réglées de la manière suivante : a) *Épreuves éliminatoires.* — 1° Une épreuve sur titres consistant en appréciation par le jury des titres et travaux scientifiques des candidats. A cet effet, en s'inscrivant pour le concours, les candidats déposeront, en nombre d'exemplaires égal à celui des membres du jury, une notice exposant leurs titres, ainsi que les travaux scientifiques qu'ils ont déjà publiés et dont ils fourniront une liste imprimée permettant de s'y reporter. L'examen de ces titres et travaux sera fait par le jury dans une séance privée, à laquelle ne seront pas admis les candidats. — 2° Une composition écrite sur un sujet d'anatomie et de physiologie spéciales, pour la rédaction de laquelle il sera accordé trois heures. — 3° Une épreuve orale théorique sur un sujet de pathologie ; il sera accordé au candidat vingt minutes pour réfléchir et un temps égal pour faire sa leçon. — b) *Epreuves définitives* : — 1° Une épreuve de médecine opératoire spéciale, consistant en une opération sur un animal anesthésié ou sur un cadavre ; 2° Une épreuve de clinique spéciale sur deux malades. Il sera accordé au candidat vingt minutes, dont il pourra disposer à son gré, pour l'examen de ces malades, et trente minutes pour exposer oralement son opinion devant le jury, après dix minutes de réflexion. Le maximum des points à attribuer pour chacune des épreuves est fixé ainsi qu'il suit :

Epreuves éliminatoires : Pour l'épreuve sur titres, 30 points ; pour la composition écrite, 30 points ; pour l'épreuve théorique, 30 points.

Epreuves définitives : Pour l'épreuve de médecine opératoire, 20 points ; pour l'épreuve clinique sur deux malades, 30 points.

III. — Jury du concours. — Le jury du concours se composera de cinq membres, savoir : Trois membres, tirés au sort parmi les professeurs ou agrégés d'ophtalmologie de la Faculté de Médecine de Paris, les ophtalmologistes chefs de service des hôpitaux et les chirurgiens chefs de service des hôpitaux, chargés d'un service d'ophtalmologie ou ayant dirigé effectivement dans les hôpitaux un service de cette nature officiellement reconnu, en exercice ou honoraires ; un médecin et un chirurgien, tirés au sort parmi les médecins et les chirurgiens chefs des hôpitaux, en exercice ou honoraires.

IV. — Dispositions diverses. — Les formalités prescrites par le règlement général sur le service de santé en ce qui touche l'inscription des candidats, le tirage au sort du jury et toutes les opérations ultérieures du concours sont applicables au concours pour la nomination des ophtalmologistes.

Art. 4. — Le présent arrêté sera soumis à l'approbation de M. le Préfet de la Seine.

Fait à Paris le 22 décembre 1899. *Signé* : Dr Henri Napias.

Concours supplémentaire de l'Internat

La date d'ouverture du concours supplémentaire d'Internat fixé primitivement au jeudi 1er mars est *avancé au samedi 10 février à midi* dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, 3, Avenue Victoria.

En conséquence, les candidats appelés à prendre part au concours dont il s'agit pourront venir retirer, au secrétariat général, bureau du Service de santé, *dès le 25 janvier*, le bulletin sur la présentation duquel ils sont admis à l'Amphithâtre.

Paris le 17 janvier 1900. *Le secrétaire général*,
H. Derouin.

L'asile des vieillards de Vanves-Malakoff.

La neuvième chambre correctionnelle, présidée par M. Puget, s'est occupée aujourd'hui d'une poursuite dirigée, sur la prévention de coups et blessures, contre le directeur de l'asile des vieillards de Vanves-Malakoff, un ex-franciscain du nom de Kerrien, l'économe de cet établissement, Mazéas, un infirmier, Crozet et une infirmière, la femme Bertrand : il s'agit d'un *asile* privé et... franciscain.

M. Kerrien est inculpé d'avoir donné des ordres pour attacher avec des cordes sur son lit une vieille femme, à demi-démente, Mme Lefrançois, sous prétexte que ses promenades nocturnes troublaient le calme du dortoir. C'est la femme Bertrand qui, aidée de Crozet, aurait brutalement exécuté cet ordre. Ces deux derniers et l'économe Mazéas auraient, en outre, fait preuve, à l'égard de quelques autres vieillards d'une brutalité révoltante. C'est sur la plainte de la fille d'une des victimes, Mme Lentz, qui succomba le lendemain du jour où elle avait subi certains sévices, que le parquet fut mis en mouvement. Le bruit courait même que Mme Lentz avait été à demi-étranglée.

Les constatations du Dr Socquet, médecin légiste, commis par le magistrat instructeur, n'ont pas permis de considérer ces accusations comme fondées. Mais l'information en dehors de faits établissant la mauvaise tenue, au point de vue hygiénique, de l'asile, a recueilli certains témoignages émanant, soit de pensionnaires actuels, soit d'anciens pensionnaires, et sur lesquels a été fondé le renvoi des inculpés en police correctionnelle. Le directeur, l'économe, l'infirmier et l'infirmière protestent contre les témoignagnes, affirmant le premier qu'il n'a jamais donné aucun ordre qu'il ne puisse avouer, les autres que, s'il leur est arrivé de prendre des mesures pour empêcher quelques malades de faire du désordre, jamais elles n'ont eu le moindre caractère de brutalité.

Notons que M. Kerrien a été pendant quatorze ans frère franciscain et qu'il prétend n'avoir abandonné cet ordre que pour obéir aux dernières volontés de son père qui, à son lit de mort, lui avait recommandé de fonder un asile de vieillards.

Il a fait des acquisitions d'immeubles assez importantes. Mais il soutient que ce n'est pas le résultat des gains opérés dans l'établissement. Ces ressources, dit-il, lui viennent de la succession de son père, ancien camionneur, et de celle de sa mère.

Divers témoins à décharge qui ont été soignés dans l'établissement et qui payaient pour cela une pension annuelle de mille francs sont venus déclarer qu'il n'avaient pour leur part aucun grief à formuler — au contraire. Mais la prévention prétend que les mauvais traitements ne s'exerçaient qu'à l'égard de pauvres diables, dont le prix de pension était des plus modiques : — Telle est, trop souvent, l'*assistance* privée, une *exploitation*.

Le ministère public a conclu à une application sévère de la loi. A huitaine, le tribunal entendra les défenseurs, et, en première ligne, Me Ménard, qui assiste M. Kerrien. (*Le Temps*, du 13 janvier 1900.)

Le service de santé dans le Sud-Africain.

Nous reproduisons les dépêches suivantes qui ont trait à l'état sanitaire et au service médical des armées en présence dans le Sud-Africain.

Lourenço-Marquès, 11 janvier. — Un corps d'ambulance belge, comprenant environ soixante personnes parmi lesquelles douze gardes-malades, est arrivé ici par le *Herzog*. Le petit détachement part cette nuit par train spécial pour Prétoria.

Prétoria, 13 janvier. — Une dépêche du quartier général

sous Ladysmith, 12 janvier, annonce que le conseil de guerre réuni dans la matinée, sous la présidence du général Erasmus, a condamné le docteur anglais Caldwell, inculpé de trahison pour avoir déserté avec l'intention de joindre l'ennemi, à quatre ans de prison avec *hard labour*.

Londres 15 *janvier*. — Le War-Office publie la dépêche suivante de Ladysmith, 14 janvier : La fièvre entérite a causé un décès le 10, le 12 et le 13 janvier.

Le *Daily News*, reçoit à la date du 15 janvier la dépêche suivante du Cap :

« Il y avait à bord du *Tintagel-Castle*, qui vient d'arriver, plusieurs cas de pneumonie et d'influenza; deux soldats sont morts pendant la traversée et trente-trois ont été transportés à l'hôpital, à leur arrivée. »

Southampton, 17 *janvier*. — Le transport *Pavonia* est arrivé aujourd'hui, venant du Cap, avec un grand nombre de blessés et de malades.

Les épidémies.

La peste à Oporto.

A Oporto la peste est en décroissance s'il faut en croire les nouvelles que publient tous les journaux politiques :

Oporto, 12 *janvier*. — On n'a constaté aujourd'hui aucun cas de peste. A l'hôpital vingt pestiférés sont en traitement. Quatre sont dans un état grave.

Oporto, 13 *janvier*. — Pendant cette semaine, aucun cas ni aucun décès n'ont été constatés. Depuis le commencement de l'épidémie jusqu'à aujourd'hui, 287 cas et 108 décès ont été enregistrés.

Oporto, 15 *janvier*. — On n'a enregistré aujourd'hui aucun cas de peste. A l'hôpital, dix-sept pestiférés sont en traitement. Trois sont dans un état grave.

La peste à Honolulu.

San-Francisco, 16 *janvier*. — On apprend qu'il y a eu vingt-deux cas de peste à Honolulu jusqu'au 8 janvier.

La peste à Rio-de-Janeiro.

Lisbonne, 14 *janvier*. — Une dépêche privée annonce que la peste bubonique a fait son apparition à Rio-de-Janeiro. Un enfant est mort, et l'on signale un autre cas.

L'influenza.

Le *Rappel* du 15 janvier annonce une épidémie d'influenza en Angleterre.

L'influenza aurait fait hier son apparition à Osborne, dans le palais où réside la reine en ce moment; plusieurs fonctionnaires ainsi qu'une dame de compagnie en seraient atteints. L'épidémie fait de grands ravages à Londres, où elle a causé 310 décès la semaine dernière. Encore faut-il ajouter 1.221 décès dus à la broncho-pneumonie, qui n'est qu'une forme modifiée de l'influenza. Ces chiffres sont les plus élevés qu'on ait jamais constatés à Londres. La mortalité générale a augmenté la semaine passée à Londres, Birmingham et Manchester de 60 0/0.

La maladie ferait aussi en Espagne de nombreuses victimes d'après la dépêche suivante :

Barcelone, 14 *janvier*. — Il règne une véritable épidémie d'influenza. La mortalité s'est accrue. La moitié de la population de Barcelone est alitée. Dans la majorité des magasins ou ateliers le quart du personnel a seulement travaillé.

L'influenza sévit avec violence dans tout le pays et particulièrement à Amsterdam. Dans cette ville, le nombre des décès s'est élevé, la semaine dernière, à 300 environ, tandis que le chiffre moyen n'est que de 150. A l'hôpital Wilhelmina, 30 diaconesses étaient atteintes en même temps. L'épidémie, qui, au dire des docteurs, présente cette fois un caractère dangereux, fait surtout beaucoup de victimes parmi les personnes âgées ou déjà affaiblies par d'autres maladies. (*Le Temps* du 8 janvier 1900).

Doctrines des Jésuites en fait d'assistance.

« Mais il n'est pas digne de ce reproche, après avoir établi, comme je l'ai fait voir, que les riches ne sont point obligés, ni par justice, ni par charité, de donner de leur superflu, et encore moins du nécessaire, dans tous les besoins ordinaires des pauvres, et qu'ils ne sont obligés de donner du nécessaire qu'en des rencontres si rares, qu'elles n'arrivent jamais. » (Pascal, *Lettres provinciales*, t. I., p. 182.)

A cela il faut répondre avec Pascal :

« Quand nous donnons aux pauvres ce qui leur est nécessaire, nous ne leur donnons pas tant ce qui est à nous que nous leur rendons ce qui est à eux; et c'est un devoir de justice plutôt qu'une œuvre de miséricorde. (*Lettres Provinciales*, t. I, p. 184).

Actes et Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

(Voir page VII des annonces.)

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 7 au samedi 13 janvier 1900, les naissances ont été au nombre de 1135 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 424, illégitimes, 168. Total, 592. — *Sexe féminin* : légitimes, 377, illégitimes, 166. Total, 543.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1896 : 2.511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 7 au samedi 13 janvier 1900, les décès ont été au nombre de 999, savoir : 510 hommes et 489 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 5, F. 4. T. 9. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 7, F. 5, T. 12. — Scarlatine : M. 5, F. 0, T. 5. — Coqueluche : M. 1, F. 2, T. 3. — Diphtérie. Croup : M. 1, F. 4, T. 5. — Grippe : M. 4, F. 5, T. 9. — Phtisie pulmonaire : M. 94, F. 75. T. 169. — Méningite tuberculeuse : M. 9, F. 6, T. 15. — Autres tuberculoses : M. 8, F. 10, T. 18. — Tumeurs cancéreuses : M. 14, F. 35, T. 49. — Tumeurs autres : M. 0, F. 1, T. 1. — Méningite simple : M. 13, F. 16, T. 29. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 19, F. 18, T. 37. — Paralysie, M. 0. F. 10, T. 10. — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 0, T. 3. — Maladies organiques du cœur : M. 34, F. 35, T. 69. — Bronchite aiguë : M. 10, F. 11, T. 21. — Bronchite chronique : M. 17, F. 19, T. 36. — Broncho-pneumonie : M. 28, F. 39, T. 67. — Pneumonie : M. 32, F. 24, T. 56. — Autres affections de l'appareil respiratoire: M. 41, F. 29, T. 70. — Gastro-entérite, biberon : M. 7, F. 6, T. 13. — Gastro-entérite, sein : M. 4, F. 3, T. 7. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 1, F. 2, T. 3. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 2, T. 3. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale : M. 16, F. 17, T. 33. — Sénilité : M. 18, F. 25, T. 43. — Suicides : M. 17, F. 3, T. 20. — Autres morts violentes : M. 9, F. 7, T. 16. — Autres causes de mort : M. 81, F. 74, T. 155. — Causes restées inconnues : M. 11, F. 0, T. 11.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 65, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 31, illégitimes, 11. Total : 42. — *Sexe féminin* : légitimes, 16, illégitimes, 7. Total : 23.

Prix de la Faculté de Paris. — La Faculté a décidé que les prix Saintour et Corvisart pour l'année 1900 seraient : *Prix Saintour* : La moelle osseuse dans les maladies infectieuses. — *Prix Corvisart* : De la péritonite cirrhotique.

Faculté de Médecine de Lille. — M. Vallée, pharmacien de 1re classe, est nommé, jusqu'à la fin de la présente année scolaire, chef des travaux de chimie organique.

Faculté de Médecine de Lyon. — MM. les Drs Barjon et Duplant sont nommés chefs de clinique médicale. M. le Dr Piéry est nommé chef-adjoint de clinique médicale.

Ecole de Médecine de Besançon. — Un concours s'ouvrira, le 17 juillet 1900, devant la Faculté de Médecine de Nancy, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de Médecine de Besançon.

Ecole supérieure de Pharmacie de Paris. — La chaire de toxicologie de l'Ecole supérieure de Pharmacie de l'Université de Paris est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Officier : M. le Dr Mathias Duval (de Paris). — *Chevaliers* : MM. les Drs Gréhant (de Paris) et Emile Bertin-Sans (de Montpellier). — M. le Dr Picqué à titre militaire.

La Médaille d'honneur des épidémies a été décernée aux personnes ci-après désignées :

Médaille d'or : M. le Dr Lédé (de Paris). — *Médaille de vermeil* : M. le Dr Mével (de Douarnenez). — *Médailles d'argent* : MM. les Drs Loubrieu et F.-A. Michaux (de Paris). — *Médailles de bronze* : MM. Lereboullet, Poulain (internes des hôpitaux de Paris); Gaultier (interne provisoire à l'hôpital Trousseau).

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — On été nommés dans la réserve de l'armée de mer : Au grade de médecin principal : M. le Dr Boutin, médecin principal de la marine, en retraite. — Au grade de médecin de 2e classe. M. le Dr Quison, médecin de 2e classe de la marine démissionnaire.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE FRANCE. — Une assemblée générale extraordinaire de l'Association des médecins de France a eu lieu le 7 janvier. Il a été décidé que l'Association, pour se mettre en règle avec la nouvelle loi sur les Sociétés de secours-mutuels, adopterait la forme de société approuvée, selon l'avis du Conseil judiciaire. Les statuts modifiés en ce sens ont été adoptés.

DISPENSAIRE DE SALUBRITÉ. — Le concours pour cinq places de médecins-adjoints s'est terminé par la nomination de MM. Isidor, Bize, Léon Bizard, Monel et Bois.

MUTATIONS DANS LES HÔPITAUX. — Par suite du décès de M. Ferrand les mutations suivantes auront lieu dans le service médical des hôpitaux : M. Faisans va à l'*Hôtel-Dieu*. — M. Giraudeau à la *Pitié*. — M. Morel-Lavallée à *Tenon*.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours pour la nomination de deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris.* — Ce concours sera ouvert le lundi 26 mars 1900, à midi, à l'administration centrale, avenue Victoria, 3. MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 19 février 1900, et sera clos le samedi 3 mars à trois heures.

MOTS ÉQUIVOQUES : RESTRICTIONS MENTALES. — « ...Mais savez-vous bien comment il faut faire quand on ne trouve point des *mots équivoques?* — Non, mon père. — Je m'en doutais bien, dit-il, cela est nouveau : c'est la doctrine des restrictions mentales. Sanchez la donne au même lieu : « On peut jurer, dit-il, qu'on n'a pas fait une chose, quoiqu'on l'ait faite effectivement, en entendant en soi-même qu'on ne l'a pas faite un certain jour ou avant qu'on fût né, ou en sous-entendant quelque autre circonstance pareille, sans que les paroles dont on se sert aient aucun sens qui le puisse faire connaître. Et cela est fort commode en beaucoup de rencontres, et est toujours très juste, quand cela est nécessaire ou utile pour la santé, l'honneur ou le bien. » (Pascal. *Lettres provinciales*, t. I, p. 131.)

ACCUSATEURS DES ADMINISTRATEURS OU POLITICIENS INCAPABLES. — « Etrange zèle qui s'irrite contre ceux qui accusent les fautes publiques, et non pas contre ceux qui les commettent! » (Pascal. *Lettres provinciales*, t. I, p. 166).

HYGIÈNE RELIGIEUSE. — Mme N... a sa fille dans un orphelinat de l'Aisne. « La supérieure, dit-elle, a été stupéfaite lorsque je lui ai demandé de faire prendre des bains à ma fillette de 9 ans et demi. Y pensez-vous, dit-elle, donner des bains à des enfants si jeunes! On se borne à laver la figure chaque jour, les pieds tous les mois en hiver, tous les quinze jours en été ».

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr GENSOLLEN, conseiller général du Var, pour le canton de Solliès Pont, maire de cette ville et ancien président du conseil général. — M. le Dr CHAMBARD, médecin en chef de l'asile de Clermont (Oise), mort du tétanos. Il a publié de nombreux travaux sur les maladies mentales et sur l'anatomie pathologique, collaboré avec son maître M. Ball à l'*Encéphale*. Il a également publié quelques articles dans le *Progrès médical* et les *Archives de Neurologie*.

Chronique des Hôpitaux.

HOTEL-DIEU. — Le Dr LUCAS-CHAMPIONNIÈRE : leçons de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu à dix heures, tous les jeudis. Opérations avant la leçon. Opérations abdominales le mardi. Le mercredi et le samedi visite dans les salles.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — *Clinique des affections du système nerveux.* — M. GILBERT BALLET reprendra ses leçons cliniques sur les affections du système nerveux et la pathologie mentale, à l'hopital Saint-Antoine (Amphithéâtre de la clinique de la Faculté), le dimanche 21 janvier, à six heures, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h. 1/2. — Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée); présentation de cas cliniques, etc. — *Service de* M. le Dr P. MARIE. — Le service de l'infirmerie de Bicêtre comprend un grand nombre de malades atteints d'affections chroniques et particulièrement d'affections du système nerveux. Ce service est ouvert aux étudiants et le samedi a lieu, à 9 h. 1/2, une visite générale au cours de laquelle le Dr Pierre Marie présente les malades les plus intéressants.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENT DE PARAITRE AU *PROGRES MÉDICAL*
14, RUE DES CARMES A PARIS.

LE
DRESSAGE DES JEUNES DÉGÉNÉRÉS
OU
ORTHOPHRÉNOPÉDIE
Par le Dr H. THULIÉ

Tome VI de la *Bibliothéque d'Education spéciale.* Volume in-8 de IV-678 pages, avec 53 figures. — Prix : 8 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 6 fr.

ASSISTANCE ET TRAITEMENT
des idiots, imbéciles, débiles, dégénérés amoraux, crétins, épileptiques (adultes et enfants)

ASSISTANCE & TRAITEMENT DES ALCOOLIQUES

COLONIES FAMILIALES

(Aperçu critique sur l'article 2 du nouveau projet de loi portan revision de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés)

Par PORNAIN

Avec une préface de M. le Dr MAGNAN

Tome VII de la *Bibliothèque d'Education spéciale.* Un volume in-8 de IV-212 pages. Prix : 5 francs. Pour nos abonnés : 3 fr. 50

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES 71.

XXIXe ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XI. N° 4. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 27 JANVIER 1900.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

Paralysie pottique aiguë sans altération de la moelle épinière ;

Par MM. H. VERGER et Ant. LAUBIE.

La pachyméningite externe caséeuse qui est la cause la plus fréquente des paraplégies pottiques, peut déterminer la paralysie des membres par deux mécanismes distincts. Le plus souvent, ainsi que l'ont démontré les travaux de Scheverira, Charcot, Michaud, Couyon, Masse, etc., elle enserre la moelle au centre d'un manchon résistant dont la lumière se rétrécit progressivement. Alors se développe le syndrome bien connu de la myélite chronique par compression. Dans d'autres cas, sur lesquels M. le Pr Brissaud (1) a récemment attiré l'attention, des plaques de pachyméningite trop peu épaisses pour agir mécaniquement sur la moelle compriment les racines rachidiennes, en altèrent la structure, et déterminent des paraplégies non plus d'origine médullaire mais d'origine exclusivement radiculaire. M. Chipault a rapporté quelques exemples de ce genre dans une intéressante conférence clinique publiée dans la *Médecine moderne* en 1895. Le fait suivant que nous avons observé l'an dernier dans le service de notre maitre, M. le Pr Pitres, appartient peut-être au même groupe et présente en outre des particularités cliniques intéressantes.

OBSERVATION. — *Homme 56 ans. Douleurs erratiques vagues dans les régions sciatique et lombo-abdominale, sans déformation ni sensibilité à la pression de la colonne vertébrale. Paraplégie aiguë avec rétention d'urine et des matières fécales. Anesthésie complète des membres inférieurs. Escarres rapides. Mort quinze jours après l'apparition de la paraplégie. Autopsie : Lésions tuberculeuses des 7, 8 et 9 vertèbres dorsales. Pachyméningite en nappe. Intégrité macroscopique et microscopique de la moelle épinière.*

Prudent B..., charretier, âgé de 56 ans, entré à la clinique (Salle XVI, lit 21), le 5 octobre 1898, se plaint uniquement de douleurs vagues de la région lombaire, s'irradiant dans le ventre jusqu'au voisinage de l'ombilic.

Dans ses *antécédents héréditaires*, on ne note rien de particulier. Son *père* est mort à 62 ans, d'une affection pulmonaire aiguë. Sa *mère* est morte à 65 ans, d'une maladie inconnue. Le malade était fils unique.

Lui-même eut une enfance vigoureuse. A 18 ans, étant cocher à Paris, il fait à l'hôpital Saint-Antoine un séjour de trois semaines pour des douleurs articulaires. Pendant son service militaire, il contracta une blennorragie. En même temps, il aurait eu des chancres, mais il n'a pas eu ensuite d'accidents syphilitiques : ni maux de gorge, ni roséole, ni céphalée, ni douleurs ostéocopes. Libéré à 28 ans, il est rappelé sous les drapeaux en 1870 et fait toute la campagne. Il se livre alors à de fréquents excès d'alcool Après son congé, il fut pris de coliques hépatiques accompagnées d'ictère qui persista un mois environ. Il faut également signaler une fracture de cuisse au tiers moyen, à l'âge de 38 ans. Traitée par l'extension continue, elle a laissé un raccourcissement de deux centimètres. Depuis 1870, Prudent B... a mené une existence vagabonde ; alcoolique, il se nourrissait mal, couchait dehors et a supporté de grandes misères.

En mars 1898, il rentre à l'hospice de Dreux pour une pleurésie droite. La ponction donna un litre et demi de liquide. En même temps apparaissent des douleurs dans le membre inférieur droit, que le médecin attribue à une sciatique. Il reste quatre mois à l'hospice de Dreux et reprend à sa sortie sa vie de chemineau. Un mois après il commence à éprouver au niveau du flanc gauche des douleurs se propageant vers la région ombilicale, l'hypochondre et la fosse iliaque gauche. Ces douleurs continues ressemblaient un peu à des coliques ; elles s'exaspéraient par les mouvements ; la pression de l'abdomen ne les augmentait pas. Il n'existait ni tuméfaction, ni altération des téguments. Ces douleurs s'accentuant, le malade entre le 20 juillet 1898 à l'hôpital de Reims. Il en sort au bout de quelques jours dans le même état. Il se rend alors à Bordeaux à pied, couchant n'importe où. Pendant son voyage, il sentait ses jambes s'affaiblir ; cependant il n'en souffrait point et à son entrée salle XVI, le 5 octobre 1898, il se plaignait seulement de douleurs de la région lombaire gauche s'irradiant dans le flanc et la région ombilicale.

Examiné à ce moment, les douleurs sont spontanées, sourdes, à peu près continues, difficilement localisables. Le malade les compare lui-même à des coliques intestinales. La pression de l'abdomen et des lombes ne les exagère pas. Des douleurs vagues existent également dans les deux membres inférieurs, au niveau des cuisses, des genoux et des mollets. Elles ont les mêmes caractères que les douleurs lombaires et abdominales ;

(1) E. Brissaud. — *Leçons sur les maladies nerveuses* (Paris, 1895), VIIe leçon : Paraplégies du mal de Pott, p. 131.

elles s'exaspèrent par les mouvements et rendent la marche très difficile.

L'examen physique ne révèle aucun symptôme, ni du côté de la colonne vertébrale, ni du côté de l'abdomen ou des membres inférieurs. La pression des apophyses épineuses n'est douloureuse nulle part. La force musculaire des membres inférieurs est conservée. Ces caractères négatifs font porter le diagnostic de douleurs rhumatoïdes. Le malade est traité par des applications locales de salicylate de méthyle et des bains de vapeur.

Ce traitement n'avait amené aucun résultat quand survint dans les derniers jours de novembre une incontinence d'urine bientôt suivie de rétention. Un matin Prudent se plaint de souffrir de violentes coliques ; l'examen montre que la vessie remonte à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. On pratique le cathétérisme avec une sonde à béquille qui permet de contourner la prostate, tandis que la sonde de Nelaton est arrêtée. On retire ainsi une grande quantité d'urine louche à forte odeur ammoniacale. Le lendemain la rétention persiste et le malade est transéaté dans le service des maladies des voies urinaires de M. le Pr Pousson, le 24 novembre 1898.

Dès son arrivée dans ce service, la faiblesse des membres inférieurs augmente, et le malade qui jusqu'alors avait pu marcher doit garder le lit, et l'on s'aperçoit d'une paraplégie avec anesthésie complète. L'apparition d'escarres dans les premiers jours de décembre, une semaine après les premiers phénomènes paralytiques, fit penser à une lésion médullaire aiguë et le malade était ramené salle XVI, le 8 décembre 1898.

Examen le 10 décembre 1898. Prudent B... est dans le decubitus dorsal, le tronc un peu soulevé à cause d'une légère dyspnée, le visage est pâle, amaigri. Les joues sont creuses, les yeux sans expression.

Il est dans un état de demi collapsus qui rend l'interrogatoire difficile. C'est à peine s'il répond quelques monosyllabes aux questions qu'on lui pose. Les membres inférieurs sont atteints de paralysie complète, les masses musculaires sont flasques, diminuées de volume. Le membre inférieur droit est le siège dans toute son étendue d'un œdème dur, gardant peu l'empreinte du doigt. La peau des jambes est couverte de petites lamelles épidermiques qui lui donnent un aspect ichtyosique. Au niveau des malléoles externes droite et gauche, à la partie moyenne du bord externe du pied droit et au talon gauche, on remarque des taches violacées. Les articulations sont souples; le choc rotulien perceptible des deux côtés, indique un léger degré d'hydarthrose. Le pied est en varus equin.

Les mouvements volontaires sont complètement impossibles; les mouvements des membres supérieurs ne donnent pas lieu à des mouvements associés.

Les membres inférieurs sont absolument flasques, les réflexes tendineux et cutanées sont supprimés. Il existe une anesthésie et une analgésie complète, ainsi que de la thermoanesthésie sur la totalité des deux membres inférieurs, remontant en avant jusqu'aux plis inguinaux et en arrière jusqu'aux plis fessiers. Au tronc, la sensibilité est normale. Il parait cependant avoir une légère hypéresthésie au niveau de la partie inférieure de l'abdomen.

Au niveau de la région sacrée, on constate l'existence d'une escarre noire mesurant à peu près 13 centimètres de haut sur 16 de large, empiétant surtout à droite de la ligne médiane. Les bords sont irréguliers, mais nettement délimités et séparés du tissu sain par une zone érythémateuse, sans sillon d'élimination. Au centre, la matière noirâtre est plus ramollie que sur les bords, et on peut avec un stylet explorer la face postérieure du sacrum. Cette escarre date de trois jours.

La mobilité des membres supérieurs est conservée et absolument normale. Il y a de l'incontinence de l'urine et des matières fécales.

A l'auscultation on entend des sibillances et des râles muqueux assez nombreux. Le malade est en proie à de la dyspnée, surtout marquée lorsqu'il est complètement étendu. On ne trouve rien à la palpation de l'abdomen.

Dans les jours qui suivent, la dyspnée augmente, le facies devient terreux et le malade tombe dans un état de somnolence qui confine au coma. Il meurt le 14 décembre à huit heures du matin.

L'autopsie est faite le 15 décembre 1898, 24 heures après la mort.

A l'ouverture du crâne, on voit quelques adhérences de la dure-mère. En enlevant la moelle, on trouve, en la soulevant avec précaution, sur la face externe de la dure-mère, une bouillie caséeuse renfermant des grumeaux blancs. Ce foyer caséeux occupe la face interne des 7e, 8e et 9e corps vétébraux. Sur la face correspondante de la dure-mère se trouvent deux petits séquestres qui font saillie dans le foyer caséeux, mais ne compriment point la moelle. A ce niveau, la dure-mère est adhérente à l'os ; on ne peut l'enlever qu'en faisant une véritable dissection. On constate alors que sur la face correspondante de la dure-mère subsistent des foyers caséeux. La duremère forme autour de la moelle un anneau épaissi seulement dans son arc antérieur, et limité à la région indiquée. Cet épaississement a une hauteur équivalente à la hauteur du foyer vertébral. Après ouverture de la dure-mère, on voit que la moelle n'adhère en aucun point de sa face postérieure. Elle n'est pas diffluente, il n'y a pas d'hémorragie pie-mérienne; sa consistance est normale.

En avant de la colonne vertébrale et correspondant au foyer caséeux pachyméningitique se trouve un abcès froid aplati sur la moitié des vertèbres. De forme ovoïde, il mesure 8 centimètres de long sur 6 centimètres de large. Un peu au-dessus et sur le côté gauche, se trouve un autre abcès du volume d'une grosse noix, correspondant à la 7e côte et filant dans le septième espace. Ces deux tumeurs sont indépendantes l'une de l'autre et séparées par le corps de la 7e vertèbre. Leur consistance est molle, fluctuante, et leur ouverture donne passage à une substance caséeuse.

La petite poche vidée, on voit que dans le corps de la 7e vertèbre se trouve une caverne où l'on peut loger l'extrémité du doigt.

L'autre tumeur a le volume d'une petite mandarine. Les corps des 7e, 8e, 9e, 10e et 11e vertèbres sont très friables et l'on peut les couper au bistouri. Les vertèbres au-dessus et audessous sont absolument saincs.

Examen des viscères. — Il existe des adhérences pleurales surtout à droite où l'on doit décortiquer au scalpel. Pas de tuberculose pulmonaire. Le cœur ne présente rien de particulier à part un peu d'athérome des valvules sigmoïdes. Le foie a sa consistance et sa coloration normales. Il pèse 1660 grammes. Les reins normaux sont facilement décortiquables.

L'examen histologique montre qu'au niveau de la région rachidienne malade, la moelle a conservé son aspect normal. il n'y a ni dégénérescence des faisceaux blancs, ni sclérose névroglique. Examinées par la méthode de Nissl les cellules pyramidales ont leur aspect ordinaire. Sur des coupes, la duremère très épaissie apparait comme formée par des faisceaux très denses de tissu fibreux à la face interne. Sur la face externe, le tissu conjonctif plus jeune est infiltré de nombreuses cellules embryonnaires; par place il existe des ilots prenant mal les colorants et formant des masses diffuses en voie de caséification. Dans ces endroits, la méthode de Ziehl montre des bacilles de Koch nombreux.

Sur les coupes transversales les racines rachidiennes, comprises dans le demi-anneau épaissi que forme en avant la duremère, paraissent saines. Il s'agit-là des racines qui émergent au-dessous de la lésion. Celles qui sortent par les trous de conjugaison correspondants, c'est-à-dire les dernières paires dorsales sont comprimées à leur passage dans leur gangue dure-mérienne. L'attention n'ayant été attirée que sur la moelle, l'examen des racines de la queue de cheval et des nerfs périphériques n'a pas été pratiqué. Il convient donc de faire sur ce point toutes réserves.

En résumé, un homme de 56 ans, n'ayant aucune déformation de la colonne vertébrale, devient sujet, à partir du mois de mars 1891, à des douleurs des membres inférieurs, des lombes et du ventre. Au mois de novembre de la même année il est pris de rétention d'urine et de faiblesse des membres inférieurs. En quelques jours il devient complètement paraplégique. Une escarre se forme au sacrum. Il meurt le 14 dé-

cembre. A l'autopsie on trouve de grosses lésions tuberculeuses du corps des 7e, 8e et 9e vertèbres dorsales. A ce niveau la dure-mère est le siège d'un épaississement modéré dû à des dépôts caséeux. La moelle n'est pas comprimée. Son examen à l'œil nu et au microscope ne révèle aucune altération appréciable.

Il résulte de cette observation que, conformément à l'enseignement de M. Brissaud, des paraplégies aiguës peuvent se développer dans le cours du mal de Pott, sans que la moelle soit mécaniquement comprimée ou histologiquement altérée dans sa structure.

Les paraplégies, d'après M. Brissaud, seraient dues à des névrites radiculaires. Il nous est malheureusement impossible d'affirmer qu'il en était ainsi dans notre cas. Cependant, l'histoire clinique seule du malade est assez intéressante, en ce qu'elle montre comment une grosse lésion vertébrale peut passer complètement inaperçue jusqu'au jour où apparaissent des symptômes nerveux difficiles à rapporter à leur véritable cause.

Ces particularités ont été constatées dans les faits publiés par M. Chipault (1). Le premier se rapporte à un malade du service de M. Chauffard. C'était un homme sujet, depuis plusieurs années, à de fréquentes bronchites. M. Chipault raconte son histoire dans les termes suivants :

« Le 8 août 1894 il éprouva pour la première fois, tout à coup, pendant la nuit, sans cause appréciable, de violentes douleurs ayant pour point de départ la deuxième apophyse épineuse lombaire, et entourant en ceinture, à droite et à gauche, l'abdomen à ce niveau; elles durèrent un mois, puis disparurent pour reparaître à nouveau le 27 novembre, réapparition qui précéda de quelques jours seulement le début de la paraplégie. Ce début fut tout à fait imprévu. En effet, le 12 décembre, le malade était allé prendre un bain, était rentré chez lui à pied sans fatigue, et c'est le 13 au matin, après une longue nuit de sommeil profond, qu'à son grand étonnement il sentit, en essayant de se lever, ses jambes se dérober sous lui. Dans la journée on le conduisit à l'hôpital Laennec où il fut traité par des pointes de feu et des vésicatoires lombaires et dont il sortit 15 jours après, le 26 décembre, nullement amélioré, souffrant des reins et incapable de marcher. Dès le surlendemain, il vint à Cochin où M. Chauffard le recevait dans son service, salle Lasègue, n° 13.

« Le jour de l'entrée, l'examen du malade, homme de 59 ans, d'aspect vigoureux, permit de constater l'existence d'une parésie incomplète de tous les muscles des membres inférieurs, parésie plus intense du côté gauche que du côté droit. La marche était impossible lorsque le malade n'était pas soutenu par les deux épaules, et même alors c'est à peine s'il pouvait mener à bien quelques pas en projetant les pieds en avant : couché, il pouvait soulever quoique péniblement et partiellement les deux pieds du lit et résister aux mouvements communiqués. Il n'y avait pas d'atrophie musculaire et le mollet gauche qui paraissait au premier abord de moindre volume que le droit, présentait une circonférence inférieure seulement de quelques millimètres ; de gauche à droite, c'est une nuance presque physiologique. Le réflexe rotulien était exagéré des deux côtés, il n'y avait pas de trépidation épileptoïde. Les sensibilités étaient normales, même à la pointe du pied, bien que le malade accusât, pendant la marche, une sensation ossatée particulière. Il n'y avait aucun trouble vésicorectal, pas d'embarras de la parole, de perte de mémoire, de tremblement, aucun signe du côté des yeux, aucun stigmate d'hystérie. Les douleurs en ceinture avaient pour point de départ la 2e vertèbre lombaire dont l'apophyse épineuse était sensible à la pression; le palper abdominal retrouvait sur la partie gauche d'un corps vertébral, le 2e ou le 3e lombaire, cette sensibilité anormale, sans qu'on pût constater en ce point de fluctuation ou d'empâtement. Ajoutons qu'il existait aux deux sommets des signes de tuberculose. »

Depuis cet examen jusqu'au jour de la conférence clinique de M. Chipault (16 janvier 1895) l'état du malade s'était fort peu modifié. Aucun des symptômes qu'il présentait alors n'avait disparu; s'étaient surajoutés : une rigidité considérable de la colonne vertébrale surtout marquée à la région lombaire supérieure et, phénomène du plus grand intérêt, de la trépidation épileptoïde du côté gauche.

M. Chipault rappelle ensuite les trois cas suivants :

« L'un vient de m'être montré par M. Marie et je crois devoir le noter seulement ici; dans les deux autres, l'un que j'ai eu l'honneur d'examiner, il y a un an, chez M. Brissaud, l'autre datant de six mois et qui m'est personnel, il s'agissait d'adultes jeunes et vigoureux qui, brusquement, en pleine santé, furent pris d'une paraplégie spasmodique totale sensitivo-motrice, avec incontinence des matières, rétention d'urine et développement rapide d'escarres ; ni l'un ni l'autre n'avaient, au moment de l'apparition de leur paraplégie, le moindre symptôme rachidien : pas de gibbosité bien entendu; mais non plus pas de sensibilité ni même de rigidité : ces deux derniers symptômes survinrent du reste chez l'un et chez l'autre quelques mois après l'apparition des phénomènes médullaires; mais, j'insiste sur ce fait, ils n'existaient pas le moins du monde, lors de cette apparition; aucun symptôme local ne pouvait faire supposer à ce moment qu'il s'agissait chez eux d'une lésion tuberculeuse rachidienne. Cependant, cette lésion existait bien réellement, ainsi que j'ai pu m'en assurer dans les deux cas.

« J'ai opéré le malade de M. Brissaud et après résection des 9e, 10e et 11e arcs dorsaux et réclinaison de la moelle; j'ai trouvé à la face postérieure du 9e corps vertébral, un petit foyer tuberculeux que j'ai pu complètement enlever. Le malade mourait six mois après avec une méningite tuberculeuse s'étendant à la hauteur de cinq ou six corps vertébraux. »

Croyant à une lésion plus limitée, M. Chipault décida d'opérer le malade de M. Chauffard. Il donne le résultat de l'opération dans une note complémentaire. L'intervention fut pratiquée avec l'assistance de M. Demoulins. Elle fut extraordinairement pénible, et permit de découvrir et d'enlever un petit foyer de tuberculose siégeant à la partie antérolatérale gauche de la dure-mère au niveau de la deuxième vertèbre lombaire. Malgré la longueur de l'opération et l'hémorragie considérable qu'elle suscita, l'opéré n'eût pas de schock; le soir même son état était parfait et on le croyait hors d'affaire au point de vue opératoire, lorsqu'en faisant un mouvement dans son lit, il succomba subitement, neuf heures après la fin de l'opération. A l'autopsie, on trouve des embolies pulmonaires énormes qui, sans doute, avaient été la cause directe de la mort, et, de plus, dans le canal rachidien, au-dessus du point ouvert par la laminectomie, une gaine péridurale de pachyméningite tuberculeuse, épaisse de plus de un centimètre, haute de huit à dix, d'une consistance comparable à celle du sarcome.

Nous avons longuement cité M. Chipault pour pouvoir comparer ses cas avec le nôtre. Chez son premier malade, celui du service de M. Chauffard, après élimination des diverses affections médicales, il avait pu porter le diagnostic de péripachyméningite tuberculeuse, se basant sur l'existence d'un point douloureux siégeant sur la partie latérale d'un corps vertébral et sur l'existence de lésions pulmonaires. Précisant davantage son diagnostic qui était d'ailleurs rigoureusement exact, il détermine avec une grande rigueur scientifique le siège de la lésion tuberculeuse à la partie

(1) Chipault. — *Médecine moderne* (1895, p. 89) et *Travaux de Neurologie chirurgicale* (1892, p. 190).

antéro-latérale gauche de l'espace extra-dural, au niveau du deuxième corps vertébral lombaire.

Mais il existait chez ce malade un point douloureux, signe d'une importance capitale, surtout lorsqu'il existe en même temps des symptômes de tuberculose pulmonaire, tandis que chez notre malade, comme du reste chez les deux autres paraplégiques de M. Chipault, ce signe manquait totalement.

Au début, alors que les douleurs existent seules et se présentent avec la diffusion qu'elles présentaient chez Prudent B..., le diagnostic est presque impossible. Mais même après l'apparition des troubles médullaires il était difficile de déceler chez lui le mal de Pott. Il avait eu une pleurésie quelques mois auparavant, mais il ne restait aucun signe sthétoscopique. Les douleurs et la paraplégie n'étaient point des symptômes suffisants, et la marche progressive et rapide de la maladie, l'apparition si brusque des escarres, avaient fait penser à une myélite aiguë de cause indéterminée.

Les douleurs existant depuis six mois auraient aidé au diagnostic, si elles avaient été mieux localisées; mais nous les avons vu siéger dans les membres inférieurs, dans les lombes, dans la région ombilicale. De plus, M. Chipault ne dit pas qu'elles aient précédé la paraplégie chez les deux autres malades. Néanmoins, on doit retenir ce fait que, dans les deux observations relatées avec détails, elles ont précédé de six mois l'installation des phénomènes médullaires. Leur localisation en un point a une grande importance diagnostique, mais de même que le peu d'intensité des lésions paralytiques, elle ne peut permettre de dire que la lésion est limitée. En effet, le premier opéré de M. Chipault, chez lequel il avait enlevé un petit foyer tuberculeux au niveau du neuvième corps vertébral, meurt six mois après et l'on trouve à l'autopsie une périméningite tuberculeuse s'étendant à la hauteur de cinq ou six corps vertébraux. Chez le deuxième, on trouvait « une gaine péridurale de pachyméningite tuberculeuse épaisse de plus de un centimètre, haute de huit à dix ». Or, ce malade avait une lésion osseuse minime qui se traduisait par des phénomènes douloureux qui avaient permis de la localiser. M. Chipault concluait ainsi :

« Cette forme de paraplégie ne serait donc, malgré l'absence de tout symptôme antérieur à son apparition, que la tardive et brutale révélation de lésions existant et évoluant depuis longtemps; lésions développées presque uniquement dans l'espace périméningé et ne s'accompagnant que de lésions osseuses minimes. »

Mais, chez notre malade, les lésions osseuses étaient au contraire considérables, puisque, indépendamment de deux collections purulentes qui se prolongeaient dans le tissu osseux, il y avait cinq corps vertébraux tellement friables que le bistouri les sectionnait facilement. Si la première partie de la proposition de M. Chipault est exacte, la seconde paraît l'être beaucoup moins, et l'on devra s'attendre à trouver, dans des cas analogues, des lésions très prononcées soit du squelette, soit des méninges. De même que les autres paraplégies brusques du mal de Pott : paraplégies par fracture, par détachement d'un séquestre, par irruption d'un abcès; cette variété traduit des lésions considérables et échappe, peut-être plus que les autres, à l'intervention opératoire.

CLINIQUE MÉDICALE

Un cas de blennorrhagie compliquée de rhumatisme, de troubles nerveux et d'iridocyclite;

Par le Dr Henri KUCHARZEWSKI, médecin de l'hôpital Evangélique à Varsovie.

Il est rare d'observer au cours de la blennorrhagie des accidents nerveux et de l'iridocyclite, mais ce qui est encore plus rare c'est de rencontrer ces deux complications jointes au rhumatisme au cours de la même maladie chez le même individu. C'est ce qui fait l'intérêt de l'observation suivante :

Le 4 mai 1894 un boucher, âgé de 22 ans, entra dans le service de médecine de l'hôpital évangélique de Varsovie; il se plaignait de douleurs articulaires. D'après l'anamnèse le sujet, issu d'une famille saine, n'avait eu aucune maladie grave dans son enfance; il n'avait eu ni syphilis, ni rhumatisme, ni maladies nerveuses ou oculaires. Néphrite deux années auparavant. Il y a trois semaines, le sujet a attrapé la chaude pisse, qui a cédé en quelques jours aux injections prescrites par un aide-chirurgien. Depuis plusieurs jours, il existe des douleurs violentes dans les articulations du genou et du poignet, de là ces douleurs sont accompagnées de fièvre; c'est ce qui décida le malade à entrer à l'hôpital.

Voici les données de l'examen : Sujet de taille moyenne, bien conformé, de nutrition satisfaisante. T. 38°,5. Pouls plein à 100. Les deux poignets et les deux genoux sont tuméfiés, douloureux à la pression; les mouvements en sont difficiles; la fluctuation fait défaut. Nulle affection des organes internes. Du méat de l'urèthre on fait sortir par la pression une goutte de pus pas trop épais. L'urèthre postérieur est indemne. Dans le pus j'ai trouvé des nombreux microorganismes (coques); suivant leur forme, leur disposition, et le rapport avec les leucocytes, je les ai pris pour des gonocoques. La méthode Gram en amène la décoloration rapide. Il s'agissait donc d'uréthrite blennorrhagique et de polyarthrite. Cette dernière lésion était-elle en connexion avec l'affection de l'urèthre, il est difficile de l'affirmer positivement, à moins d'un examen bactériologique du contenu articulaire; or, dans notre cas, l'épanchement fait défaut. Réservant pour le moment l'opinion sur la diagnose définitive, on prescrivit 1,25 grammes de salicylate de soude, quatre fois par jour.

La marche ultérieure de la maladie a prouvé la nature blennorrhagique des arthrites : le petit nombre des jointures envahies, la température médiocrement élevée, la tendance à l'état subaigu ou même chronique, enfin le parallélisme dans l'intensité des symptômes uréthraux et des symptômes articulaires constituent des traits caractéristiques pour l'arthrite blennorrhagique; également l'usage du salicylate de soude est resté sans effet (pendant 7 jours).

Vu l'inefficacité du salicylate, on ordonna la phénacétine à la dose de 0 gr. 5 quatre fois par jour.

Le 11 mai. — Affaiblissement des douleurs articulaires. Pas de fièvre. Larmoiement et hypérémie de la conjonctive de l'œil gauche. Application de glace sur l'œil et lavage de la conjonctive au sublimé à 1 p. 6.000.

Le 14 mai. — L'état du malade a empiré. Douleurs fortes dans les articulations du genou et du cou-de-pied, qui sont tuméfiées, extrêmement sensibles à la pression, mais sans fluctuation. T. 38°,1. Pouls 98. L'écoulement uréthral est plus abondant, purulent, contenant des gonocoques. Les deux conjonctives sont hypérémiées surtout autour de la cornée (injections périkératique). Larmoiement bien fort, photophobie. On continue la phénacétine; atropine à 0,5 0/0 dans les deux yeux, injection de sulfate de zinc à 1 p. 200, dans l'urèthre. L'état des deux yeux ne s'étant pas amélioré les jours suivants, nous avons demandé en consultation l'oculiste, Dr Sigism Holi, qui a constaté le 17 mai les faits que voici : conjonctive palpébrale de deux yeux médiocrement hyperémiée, celle du bulbe fortement congestionnée de même que les vaisseaux sous-conjonctivaux; injection périkératique. Cornée non modifiée, pupilles très

peu dilatées malgré les instillations d'atropine répétées deux à trois fois par jour; l'iris pas encore terne; la sécrétion de la conjonctive muqueuse, peu abondante.

On avait donc affaire à une iritis, au début, d'origine probablement blennorrhagique. Notre malade n'avait pas de syphilis et aucun foyer tuberculeux ne se laissant constater dans son organisme, il fallut donc exclure l'iritis syphilitique et l'iritis tuberculeuse. On pourrait encore considérer cette iritis comme simplement rhumatismale, mais, du moment que les lésions articulaires ont été reconnues pour blennorrhagiques, les troubles oculaires devaient l'être également. On prescrivit l'atropine à 0,5 0/0, trois fois par jour, le lavage du sac conjonctival au sublimé à 1 p. 6.000 deux fois par jour; l'usage des verres fumés (nuance C); à l'intérieur, l'iodure de potassium (8,0 pour 180,0), quatre cuillerées par jour.

19 *mai*. — Les phénomènes inflammatoires sont moins vifs dans les poignets et les genoux; les cous-de-pied sont également moins douloureux et tuméfiés. Point de fluctuation. T. matin 37°. T. soir, 38°. L'écoulement uréthral est diminué. L'état de l'œil droit a empiré: hyperémie périkératique plus intense, iris un peu trouble, pupille non dilatée, bulbe très sensible à la pression, en haut et en dehors, au niveau de la région ciliaire. Les douleurs paraissent aussi spontanément avec une intensité assez grande pour priver le malade du sommeil. L'œil gauche semble être en bonne voie; le droit est bien atteint d'iritis. Atropine, sublimé et application de compresses chaudes sur l'œil droit. Iodure à l'intérieur.

21 *mai*. — Point de modification du côté de l'œil droit. Le sujet se plaint de l'affaiblissement de la vue et dit ne pas apercevoir les doigts de la main. A l'œil gauche, l'hyperémie est moindre, la pupille est médiocrement dilatée. Compresses chaudes sur l'œil droit, deux sangsues sur la tempe et autant derrière l'oreille droite. Suppression de l'iodure. Phénacétine comme auparavant.

26 *mai*. — Retour des douleurs dans les genoux qui sont tuméfiés, sans présenter de fluctuation. Poignets et cous-de-pied revenus à l'état normal. Point de fièvre. Ecoulement insignifiant par l'urèthre. Dans l'œil droit, l'injection périkératique est fort peu prononcé, la pupille est dilatée au suprême degré, il n'existe point de synéchies. L'iris présente l'aspect normal. A l'ophtalmoscope, on ne voit le fond de l'œil — qui est du reste normal — qu'au travers d'un léger brouillard produit par des opacités du corps vitré, sous forme d'une poussière très fine. A l'œil gauche, congestion périkératique très faible, pupille fortement dilatée, mais pas jusqu'au suprême degré, d'une forme ovulaire, à grand diamètre dirigé de haut et de dedans en bas et en dehors; cette forme de la pupille résulte d'une petite synéchie postérieure, située vers la partie supérieure du bord pupillaire externe. A part cela, l'iris offre l'aspect absolument normal. A la face antérieure du cristallin, il existe d'assez nombreux dépôts de pigments et d'exsudat.

Dans le corps vitré outre le trouble mentionné plus haut, on aperçoit plusieurs opacités plus considérables Le fond de l'œil paraît en général normal, les détails inappréciables. L'acuité visuelle de l'œil droit équivaut à 5/10 E, de même à travers un orifice sténopique; le malade lit l'imprimé ordinaire avec + 4,0 (après l'atropine). L'acuité de l'œil gauche = 5/15 E; l'imprimé ordinaire est lu difficilement à l'aide de + 4,0. Les opacités du corps vitré des deux yeux, découvertes à l'aide de l'ophtalmoscope et la sensibilité du bulbe droit, à la pression au niveau de la région ciliaire, prouvent que le processus inflammatoire a envahi aussi le corps ciliaire et qu'il s'agit d'iridocyclite. On reprend l'usage de l'iodure de potassium et l'on prescrit des bains de sel chauds tous les deux jours. Atropine dans l'œil droit une fois par jour et, dans l'œil gauche, quatre fois, afin de rompre les adhérences. Injections au sulfate de zinc dans l'urèthre.

29 *mai*. — Les douleurs articulaires du genou sont plus faibles; en revanche le sujet se plaint des douleurs de la région lombaire et de la région sous-sternale; il ressent, en outre, depuis plusieurs jours, des fourmillements et des douleurs vagues dans les membres inférieurs. Cela nous amène à rechercer s'il n'existe pas d'autres troubles du côté du système nerveux. Il existe, en effet, une hyperesthésie des membres inférieurs, sensibilité des apophyses épineuses lombaires, forte exagération des réflexes patellaires et phénomène du pied. La force musculaire des extrémités inférieures n'a pu être examinée car les genoux sont encore pris. Point de troubles du côté de la vessie et du rectum. Température normale. Ces faits nous portent à croire que l'état antérieur s'est compliqué de troubles nerveux, dus probablement également à l'infection blennorrhagique. Toute autre cause est exclue, le sujet n'ayant pas eu de syphilis ni de traumatisme et n'ayant subi aucune influence nocive depuis un mois qu'il est au lit. En ce qui concerne le diagnostic exact de ces troubles, au premier abord nous les avons pris pour l'irritation spinale, en attendant que la marche de la maladie nous eût renseigné d'une façon plus précise. On prescrivit un purgatif, le repos, des badigeonnages de la région des reins avec la teinture d'iode, des bains salins et l'iode à l'intérieur.

31 *mai*. — Nouvelle reprise d'irritation inflammatoire de l'œil gauche avec douleur, injection périkératique assez prononcée, iris trouble, douleur à la pression dans le corps ciliaire en haut et en dehors. La pupille est moins large que le jour précédent. Compresses chaudes sur l'œil gauche, atropine quatre fois par jour. Deux sangsues derrière l'oreille et autant sur la tempe. Dans l'œil droit atropine une fois par jour. Suppression de l'iodure de potassium à l'intérieur.

2 *juin*. — Les troubles nerveux, mentionnés plus haut, persistent. La douleur de l'œil gauche n'est pas affaiblie. Hyperémie comme l'autre jour avec pupille peu dilatée, iris trouble. L'œil droit va bien. Application d'atropine une fois par jour dans l'œil droit et quatre fois dans le gauche. Bandeau; sangsues sur la tempe et derrière l'oreille.

5 *juin*. — Le malade se plaint de l'exagération des douleurs dans les genoux, qui ne présentent aucun signe pathologique, excepté une tuméfaction insignifiante. Il existe également des douleurs en ceinture. Point de fièvre. L'œil droit ne présente aucune modification; le gauche est sensible à la pression du corps ciliaire. Injection périkératique assez accentuée. Pupille peu dilatée. Trait. : Phénacétine 0,6 trois fois par jour, bains de sel, badigeonnage des reins à la teinture d'iode. Bandeau sur l'œil gauche. Suppression totale de l'atropine.

7 *juin*. — Les douleurs du genou sont beaucoup plus faibles, la tuméfaction disparait. Symptômes nerveux sans modification. Etat des yeux notablement amélioré; le gauche n'est plus douloureux, injection périkératique peu prononcée, iris presque normal, pupille non dilatée. On revient à l'iodure de potassium. Bains de sel. Atropine.

10 *juin*. — Disparition des douleurs articulaires et des phénomèmes inflammatoires. Les mouvements sont libres. La force musculaire dans les extrémités inférieures un peu affaiblie. Le réflexe patellaire est exagéré, celui du pied persiste. Les douleurs en ceinture et celles des membres inférieurs durent encore. L'écoulement uréthral est très faible et n'a lieu qu'après une forte pression sur le pénis. Absence d'hyperémie dans les deux yeux. L'œil gauche présente toujours la synéchie. Atropine une fois par jour dans l'œil droit et deux fois dans le gauche.

19 *juin*. — Le sujet se sent plus de vigueur, la force musculaire revient aux jambes. Point de douleurs en ceinture. L'état des yeux est stationnaire sans irritation. Iodure de potassium et bains. Suppression de l'atropine.

En revenant maintenant à notre diagnostic indécis des troubles nerveux que nous venons d'observer chez notre malade, il faut avouer que la marche de la maladie ne nous a pas fourni des signes pathognomoniques, dont nous pourrions nous servir pour faire un diagnostic exact.

L'hypérémie médullaire (*hyperæmia medullæ spinalis*) donne des symptômes semblables à ceux de notre cas, mais ce diagnostic n'est guère scientifique, les anciens auteurs y avaient habituellement recours dans des cas douteux. Suivant Eichhorst (1) le terme

(1) Eichhorst. — Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie.

d'hypérémie médullaire était employé par les médecins se plaisant dans les diagnoses délicates et subtiles, sans leur fournir des preuves d'autopsie. L'ensemble des symptômes nerveux, dans notre cas, nous ont porté à croire à une polynévrite légère ou même abortive. Notre cas a bien des traits communs avec les observations de Hayem et Parmentier (1), surtout avec la première d'entre elles, quoiqu'il y eut des symptômes plus graves, l'atrophie musculaire, ce qui n'a pas eu lieu chez notre malade. Hayem et Parmentier ont rangé leur première observation au nombre des méningomyélites et n'ont point cherché à définir la seconde, autrement que par le nom vague de « accidents spinaux ». Suivant Leyden (2) il s'agissait (dans les deux cas) de *polynévrite*.

26 *juin*. — Le sujet quitte l'hôpital dans un état satisfaisant. Les articulations sont indolentes sans garder aucun vestige des affections passées, leur fonctionnement est absolument normal. Parmi les troubles nerveux, il persiste une exagération du réflexe patellaire, mais à un moindre degré qu'auparavant; le phénomène du pied s'observe aussi. L'œil droit paraît normal, sa pupille non dilatée, ronde, réagit bien à la lumière. Le fond de l'œil est normal et se laisse voir exactement. La pupille gauche est un peu plus large que la droite, a une forme plus irrégulière, réagit faiblement à la lumière (cet œil avait été soumis plus longtemps au traitement atropiné). Sur la face antérieure du cristallin, il existe des dépôts pigmentaires et des restes d'exsudat qui forment un cercle répondant au bord de la pupille en état de rétrécissement. Le fond de l'œil se présente comme à travers un brouillard, ce qui est dû probablement aux opacités du corps vitré sous forme d'une poussière très fine.

V. O. D. 5/5 E, Sn 0,5. p. pr. 10 cent.
V. O. G. 5/15. E. Sn 0,5 difficilement p. pr. 12 cent.

L'observation que nous venons de rapporter est intéressante au point de vue de deux complications très rares de la blennorrhagie : troubles nerveux et iridocyclite qui se sont jointes à une complication commune, le rhumatisme. Un si grand nombre de complications n'a jamais été rencontré en même temps, du moins n'en ai-je pas trouvé d'exemple dans la littérature. On y a bien noté des cas de blennorrhagie avec rhumatisme et lésions oculaires, ou avec rhumatisme et troubles nerveux. Il faut remarquer toutefois que, malgré les nombreuses complications, la marche de la maladie a été bénigne, et que le malade a pu quitter l'hôpital au bout de peu de temps, presque complètement remis.

(1) Hayem et Parmentier. — *Revue de Méd.*, 1888.
(2) Leyden. — *Zeitsschrift, f. Klin. Med.*, 1893.

MODIFICATIONS AU CONCOURS DU PROSECTORAT. — Un arrêté ministériel en date du 22 décembre 1899, modifie le règlement du concours du prosectorat et l'organise de la façon suivante : Deux épreuves éliminatoires seront d'abord subies : 1° Une épreuve écrite sur l'anatomie, l'hystologie, la physiologie et la pathologie externe. Pour cette épreuve, trois heures sont accordées aux candidats; 2° une épreuve orale d'anatomie. Dix minutes de réflexion sont accordées aux candidats, et dix autres minutes pour traiter la question tirée au sort. Le jury procède alors à l'élimination. Six candidats pour une place et huit pour deux places de prosecteurs titulaires sont déclarés admissibles, et un plus grand nombre si plusieurs candidats ont le même nombre de points. Les épreuves définitives consistent en : 1° Une épreuve orale de physiologie. Dix minutes de réflexion et dix minutes pour traiter la question sont accordées à chaque candidat; 2° une épreuve orale de chirurgie; les candidats auront également dix minutes de réflexion et dix minutes pour traiter la question; 3° une épreuve de médecine opératoire ; 4° une épreuve pratique de dissection extemporanée, la même pour tous les candidats, dont la durée et la nature sont déterminées par le jury.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les certificats médicaux pour la constatation des accidents du travail. Leur délivrance dans les hôpitaux et les bureaux de bienfaisance.

La loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, qui met à la charge du patron les soins médicaux et pharmaceutiques dus aux blessés, nécessite, lors de la déclaration de l'accident, un certificat médical « indiquant l'état de la victime, les suites probables de l'accident et l'époque à laquelle il sera possible d'en connaître le résultat définitif (art. 2 de la loi). La déclaration, qui doit toujours être accompagnée de ce certificat, doit être faite dans les quarante-huit heures; le médecin qui donne les premiers soins au blessé est donc le plus souvent tenu de délivrer ce certificat qui doit être payé par le patron ou une compagnie d'assurance sur laquelle il se décharge de ses obligations que lui impose la loi en cas de sinistre. Il était à prévoir que patrons et compagnies chercheraient, dans la mesure du possible, à éluder les prescriptions de la loi et il fut prévu que les sociétés de secours mutuels en seraient les premières victimes. En faisant inscrire ses ouvriers à une de ces sociétés, le patron se dégageait de ses charges. Mais les sociétés, pour la plupart, parèrent ce coup dangereux en inscrivant dans leurs statuts qu'elles n'assuraient pas de soins en cas d'accidents du travail. Ne pouvant s'adresser aux sociétés, l'on s'adressa à l'Assistance publique, les hôpitaux ne pouvant fermer leurs portes aux victimes d'un accident qui réclament des soins urgents. L'Assistance est bonne mère, surtout à Paris, et dans l'intérêt du blessé elle prend tout d'abord les soins médicaux à sa charge, quitte à réclamer ensuite au patron responsable le remboursement problématique des journées d'hôpital. Où la difficulté surgit, ce fut lors de la demande de délivrance du certificat. Beaucoup de chirurgiens refusèrent catégoriquement d'en délivrer. Le Ministre du Commerce dut, dans une circulaire du 21 août 1899, viser ce cas en écrivant aux préfets (le Préfet de Police à Paris):

« Vous pourriez, si vous le jugiez utile, rappeler ou faire rappeler aux médecins des hôpitaux qu'ils doivent, sur ce point l'exemple à leurs confrères et qu'ils ne sauraient refuser les certificats de l'espèce aux blessés admis dans leurs services, quand les chefs d'entreprise intéressés ne se trouvent point à même d'en provoquer directement l'établissement par des médecins de leur choix. »

Le Directeur de l'Assistance publique de Paris pria donc les chefs de services hospitaliers de délivrer les certificats en question, et une récente décision du Conseil de surveillance a fixé à cinq francs l'indemnité qui serait dû pour chaque certificat, l'Administration faisant l'avance de cette somme tout en ayant recours contre le patron.

En pratique, le certificat n'est pas toujours délivré par le chirurgien d'hôpital, les Compagnies d'assurances envoient souvent leurs médecins constater à l'hôpital les conséquences de l'accident. Ces médecins, grâce à la courtoisie ordinaire de leurs confrères des hôpitaux, obtiennent tous les renseignements désirables pour

remplir leur mission et l'hôpital leur est et leur restera ouvert, car, comme tous gens bien élevés ils mettent à l'accomplissement de leur tâche le tact et la discrétion nécessaires pour ne pas troubler l'ordre dans le service où ils se rendent. Ces rapports, entre médecins de ville et médecins d'hôpitaux, sont toujours cordiaux et confraternels. Les conflits sont exceptionnels, et si un directeur d'hôpital a récemment pris sur lui-même, dans un accès de zèle déplacé, la grave décision d'interdire l'hôpital à un médecin de la ville pour des motifs ridicules et futiles, l'interdiction a été aussitôt levée par Monsieur le Directeur général de l'Assistance après examen du cas particulier par le Conseil de surveillance.

Le Syndicat des médecins de la Seine avait été saisi de cette affaire déjà réglée, mais d'autres ont surgi, se greffant sur la question générale des certificats de constatations d'accidents. Certains ont protesté contre la délivrance des certificats par les internes en faisant valoir les arguments suivants : tous les internes ne sont pas autorisés à exercer à l'hôpital ; ceux qui n'ont points douze inscriptions et ceux qui ne sont pas de nationalité française par exemple. D'autre part, la loi sur l'exercice de la médecine autorise les internes à exercer à l'hôpital, mais cela, dans le but unique de leur laisser remplir leurs fonctions sans être l'objet de répression comme exerçant illégalement la médecine. L'administration n'a jamais voulu que l'interne exerce dans d'autres circonstances, puisqu'elle ne lui a pas permis de devenir en même temps docteur en médecine. Nous ne partageons pas cette opinion contre le doctorat des internes, mais ce n'est point ici le moment de la discuter. A notre avis, il importe peu que ce soit le chef de service ou l'interne qui libelle le certificat à l'hôpital. Ce que nous désirons avant tout, c'est qu'il soit toujours payé et il le sera.

Ce qui est étrange, c'est qu'ayant prévu le cas des médecins d'hôpital, l'Administration n'ait pas prévu celui du médecin du Bureau de bienfaisance. Dans les cas de contusions, d'entorses, d'accidents peu graves, et ils sont fréquents, l'ouvrier nécessiteux a recours aux soins du médecin du Bureau de bienfaisance.

En bonne logique, il ne doit pas avoir droit à ces soins ; il ne peut être considéré comme nécessiteux puisque son patron ou la Compagnie d'assurance, qui représente ce dernier, sont tenus, de par la loi, de lui assurer les secours médicaux. En pratique, il n'en est pas toujours ainsi. L'ouvrier est souvent ignorant de ses droits et le médecin du Bureau de bienfaisance, qui est requis, lui doit incontestablement une première visite. Est-il tenu de lui délivrer un certificat? Est-ce que, comme à l'hôpital, l'administration assurera le paiement des honoraires et en fixera la quotité? Ce sont des questions que la Société médicale des Bureaux de bienfaisance et le Syndicat des médecins de la Seine poseront à l'Administration. Le Conseil de surveillance de l'Assistance en sera saisi et nous ne doutons pas que le distingué représentant des médecins des Bureaux de bienfaisance, M. le Dr Rotillon, qui a déjà rendu dans ce Conseil d'importants services au corps médical parisien, n'obtienne dans cette question des certificats et des soins en cas d'accidents du travail, une réglementation satisfaisante pour tous ses confrères.

J. Noir.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 20 janvier 1900. — Présidence de M. Troisier.

MM. Hirtz et Brouardel ont entrepris une série d'*études pneumografiques* en prenant depuis 1896 le tracé de la respiration costale supérieure de tous les malades présentant des poumons sains et de ceux où il y a un processus morbide. Ils ont pris plusieurs tracés chez chaque individu, l'émotion, l'attention et autres facteurs pouvant modifier la forme du tracé respiratoire.

Chez les malades atteints de *tuberculose pulmonaire* chronique, quelle que soit la période de l'observation, il y a des modifications constantes du tracé. Ces tracés sont comparables entre eux à toutes les périodes de la maladie ne présentant que des modifications d'amplitude, il peuvent servir de diagnostic précoce de la tuberculose, les autres affections pulmonaires n'ayant rien révélé de semblable.

Ils diffèrent des tracés normaux par la fusion des lignes d'expiration et de vacuité ; la résultante suit d'abord une ligne ascendante ordinaire pendant la première moitié de sa durée, puis s'incurve doucement pendant la deuxième moitié pour cesser brusquement et se continuer avec la ligne d'expiration, par un angle généralement très net ; la durée totale de la ligne est de 3 à 4 secondes, plus longue que la somme des lignes d'expiration et de vide dans la respiration normale. A la période de caverne on a encore le même tracé, mais la fusion est plus complète des deux lignes d'expiration et de vacuité.

MM. Roger et Garnier étudient *les lésions de la glande thyroïde dans l'intoxication phosphorée*. Chez sept lapins intoxiqués avec des doses semblables d'huile phosphorée, l'appareil thyroïdien fut modifié. Ces modifications, d'abord légères, étaient plus marquées quand l'évolution avait été rapide ; leur maximum se trouva chez des lapins morts de 7 à 30 heures après l'injection ; chez un lapin intoxiqué pendant deux mois, les lésions étaient minimes. On constate un arrêt de la sécrétion colloïde, suivi de dégénérescence des cellules ; la glande se vide de toute la substance colloïde qu'elle contient ; les vésicules n'en forment plus de nouvelles ; les cellules se transforment ; le protoplasma s'étale, devient clair et transparent, le noyau prend un aspect vésiculeux et perd ses affinités colorantes ; les parathyroïdes ont toujours paru à peu près intacts ; ils n'ont pas trouvé de sclérose thyroïdienne.

MM. Guillain et Vaschide ont *observé la pression artérielle et les sphygmomètres*. Ils constatent que les résultats obtenus avec les sphygmomètres ne sont pas comparables entre eux à cause des différences entre ces instruments tenant au coefficient personnel d'appréciation, à la profondeur des vaisseaux, au système des leviers et surtout à l'absence d'une graduation facile à contrôler.

M. Paris a observé chez M. Charrin une épidémie de dothiénentérie chez des femmes au terme de leur grossesse. Chez certaines l'accouchement s'est fait deux ou trois jours avant toute manifestion morbide, et les nourrissons de celles-ci ont présenté les mêmes troubles symptomatiques que ceux issus de femmes ayant accouché en période d'état dothiénentérique. Chez ces femmes en puissance de dothénientérie, il est permis de supposer que la dose de toxine, encore incapable d'une façon appréciable d'influencer des tissus adultes, suffisait pour troubler l'organisme plus délicat de l'enfant.

M. Dominici, ayant examiné la nature de la moelle osseuse de lapin, a pu conclure que l'hypergénèse des

éléments du groupe éosinophile est plus marqué là que dans la rate ; elle est plus notable dans la rate que dans les ganglions.

M. Dominici. — Les leucémies sont des maladies de tissus, non d'organes. Il y en a deux variétés, celles du tissu lymphoïde, celles du tissu myéloïde ; caractérisées par l'hypergénèse d'un de ces éléments.

MM. Haushalter et Spillmann. — La moelle osseuse de jeunes enfants ayant succombé à des infections diverses, ont donné par ensemencement des résultats variables. Les microbes peuvent, semble-t-il au cours des infections, ne pas exister ou se montrer d'une façon transitoire dans la moelle osseuse.

M. Laveran. — Les larves de moustiques sont très facilement détruites par l'huile de pétrole, beaucoup mieux que l'insecte parfait. Les gouttelettes pénètrent dans l'appareil trachéen et asphyxie l'insecte.

M. Guillemin donne une formule modifiant le procédé d'Ehrlich pour la diazo-réaction.

M. Leblanc (de Lyon), étudie des parasites endoglobulaires du chien par rapport à la nature de l'ictère infectieux de celui-ci.

M. Weiss. — L'*influx nerveux* n'est pas lié à une action chimique, comme l'est la contracture musculaire. La moelle, devant les variations de température s'est comportée comme si les tubes nerveux venant des racines postérieures se prolongeaient jusqu'à la partie supérieure de cette moelle sans passer par une cellule ni articulation de neurone.

M. Le Dentu envoie une note sur la part, dans la fécondation, des noyaux excitables et des milieux excitants.

M. Regoud (de Lyon), étudie la reproduction, l'origine, les fonctions et la signification histologique des cellules interstitielles du tissu conjonctif du testicule du rat.

M. Retterer a longuement étudié la durée de la gestation du cobaye qu'il fixe à 60 ou 66 jours. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 16 janvier 1900. — Présidence de M. le Pr Panas.

Action des courants galvaniques sur le cerveau.

M. Franck montre que des courants galvaniques, même appliqués sur le crâne intact, exercent par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs une influence sur la circulation cérébrale. Les expériences faites sur des animaux montrent, qu'après le passage d'un courant de 6 à 10 milliampères appliqué à l'extérieur du crâne, les vaisseaux intracraniens se relâchent. Ces courants déterminent parfois des troubles fonctionnels consistant en vertiges, syncope, vomissements, qui peuvent s'expliquer par l'anémie cérébrale due au spasme des vaisseaux, provoqué par le courant galvanique. Ces courants ne doivent pas être employés chez les épileptiques, à cause des accidents qu'ils peuvent provoquer.

L'insertion vicieuse du placenta.

M. Pinard lit un rapport sur un mémoire de MM. Champetier de Ribes et Varnier étudiant les dispositions anatomiques dans l'insertion vicieuse du placenta. Dans le cas étudié, les dispositions étaient telles qu'une ouverture minime de quelques alvéoles a suffi à déterminer une hémorragie mortelle. A.-F. Plicque.

Séance du 23 janvier 1900. — Présidence du Pr Panas.

Les tractions rythmées de la langue.

M. Laborde étudie, dans une série d'expériences fort ingénieuses, le double mode d'action des tractions linguales. Rhytmées et intermittentes, elles réveillent et entretiennent le réflexe respiratoire suspendu. Continue et soutenue, la traction de la langue peut, au contraire, déterminer un arrêt fonctionnel. Ce dernier fait peut avoir des applications pratiques en cas d'hyperexcitabilité soit fonctionnelle, soit morbide dans le hoquet diaphragmatique par exemple.

M. Pinard montre que dans les insufflations le contact de l'air possède le même effet pour l'énucléation du réflexe respiratoire chez le nouveau-né en mort apparente.

M. Laborde ne reconnaît ni ces faits, ni la valeur de l'insufflation. Mais les tractions rythmées de la langue viennent souvent là ou l'insufflation a échoué. Elles sont d'application plus facile.

Traitement chirurgical d'un abcès du foie.

M. Championnière rapporte un fait fort intéressant observé avec M. Muselier. L'incision permet d'évacuer deux litres de pus. Bien que ce pus soit ordinairement stérile, M. Championnière s'attache à éviter toute pénétration dans le péritoine. Une petite précaution utile est de suturer avant d'inciser l'orifice d'introduction de la canule qui a servi à reconnaître l'abcès. Le thermocautère est également préférable au bistouri pour l'incision du foie. On réduit ainsi au minimum l'hémorragie.

Tumeur lacrymale congénitale.

M. Guéniot présente un cas de tumeur lacrymale congénitale compliquée d'inflammation et d'ophtalmie purulente. Des instillations d'un collyre au nitrate d'argent achevèrent la guérison complète. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 19 janvier 1900. — Présidence de M. Troisier.

Pleurésies typhoïdiques.

MM. Souques, Lensé et Ravaut ont observé deux cas de pleurésie déterminées par le bacille d'Eberth durant le premier septenaire de la fièvre typhoïde. Ces deux pleurésies sont survenues à la suite d'une bronchite dans un cas et de bronchopneumonie dans l'autre. L'épanchement hémorragique, au début, devient purulent chez une des malades. La guérison s'opéra sans nécessiter la thoracentèse dans les deux observations. Le liquide de ces deux pleurésies ne déterminait pas la réaction agglutinative, mais il était très toxique, comme l'ont démontré des inoculations à des cobayes.

Ivresse par les collyres d'ésérine.

M. Roubinovith. — Chez un vieillard artério-scléreux, âgé de 80 ans, atteint de glaucome chronique bilatéral, avec excavation du nerf optique et rétrécissement du champ visuel en dedans, on emploie depuis trois ans le collyre d'ésérine (0 gr. 05 pour 10 grammes d'eau), deux fois par jour, à la dose de deux gouttes dans chaque œil. Depuis huit mois, l'instillation d'un milligramme de sulfate d'ésérine détermine chaque fois chez ce malade une série de troubles parmi lesquels on note, outre le myosis : 1° une perturbation dans la température rectale qui, de 36°,5, passe à 36°,7, pour redescendre à 36°4, cela dans la demi-heure qui suit l'instillation ; 2° une perturbation des battements du cœur qui, de 80 par minute, montent à 92, pour redescendre à 80 et s'accompagner d'intermittences ; 3° une perturbation dans les fonctions motrices des centres nerveux se manifestant par des convulsions toniques des membres ; enfin, 4° une perturbation dans les fonctions sensitivo-sensorielles et psychiques : perte de la notion de la situation exacte du corps, illusions visuelles et tactiles, conceptions délirantes, stertor. Le tout évolue en deux ou trois heures et ressemble à certaines ivresses toxiques.

La suppression du collyre d'ésérine fait disparaître tous les accidents. L'instillation d'ésérine chez le cobaye provoque, outre le myosis : 1° l'ascension de la température rectale de 6 à 8 dixièmes et, dix minutes après, descente de la température à 2 dixièmes au-dessous de la température normale ; 2° des secousses convulsives dans les membres et du hoquet ; 3° agitation immédiatement après l'instillation et torpeur quasi-comateuse un quart d'heure après. L'ésérine agit surtout sur le grand sympathique et provoque la contraction de tous les muscles lisses. De là myosis et contraction des vaisseaux avec les modifications qui en résultent pour l'irri-

gation des diverses régions de l'organisme et, en particulier, des centres nerveux. L'état d'artério-sclérose doit faciliter l'action perturbatrice de l'ésérine sur la circulation cérébrale. Par son action élective sur les fibres lisses des vaisseaux, l'ésérine peut provoquer, chez des sujets artério-scléreux, des hémorragies cérébrales plus ou moins étendues. Pour toutes ces raisons, l'usage des sels d'ésérine en collyre chez des vieillards artério-scléreux, nous paraît être considéré comme présentant de sérieux dangers.

La tuberculose à Paris.

M. Barbier a fait une statistique des tuberculeux qu'il a observés. Les deux tiers de ces malades n'étaient pas originaires de Paris; très peu avaient des antécédents héréditaires tuberculeux. Ces tuberculoses sont bien d'origine contagieuse chez ces immigrés et très favorisées par l'alcoolisme et la mauvaise hygiène alimentaire.

M. Siredey a remarqué que les Bretons, les Auvergnats et les Savoyards étaient plus particulièrement frappés.

Hypopepsie traitée par le suc gastrique de chien.

M. Launois a soigné un homme de 49 ans dans un tel état cachectique qu'il le crut d'abord atteint d'un cancer de l'estomac. Cet homme, qui avait pesé jadis 90 kilos, n'avait aucune lésion apparente des organes. L'examen du suc gastrique démontrait l'absence absolue d'acide chlorhydrique. Aucune médication n'avait donné de résultats, le malade maigrissait toujours. Envoyé à Vichy il fut soumis, par le Dr Frémont, au traitement par le suc gastrique de chien, en peu de temps le malade se remit, engraissa et, au bout de quelque temps, il pesait 79 kilos. Ce malade eut deux crises d'appendicites dans la suite qui furent bien supportées et guérirent médicalement. Le suc gastrique animal est fort actif, car outre l'acide chlorhydrique à l'état libre, il contient de la pepsine et du ferment lab à l'état vivant.

M. Barth a observé une jeune femme de 25 ans, dyspeptique, enceinte de 2 mois, qui présenta des phénomènes d'apepsie complète sans vomissements. Aucun traitement, aucun régime ne donna de résultats. M. Barth la soumit au suc gastrique de chien de M. Frémont. Il en administra 60 grammes trois fois par jour dans du bouillon. La malade put, dès lors digérer des aliments, augmenter de poids. Au sixième mois de la grossesse on put suspendre le traitement et la grossesse arriva à son terme en de bonnes conditions.

M. Legendre a observé cinq cas analogues observés depuis longtemps, qu'il soumettra à la Société dans une prochaine séance.

J. Noir.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE.

Séance du 8 janvier 1900. — Présidence de M. le Pr Brouardel.

Suite de la discussion du rapport de M. Leredu sur l'intervention chirurgicale chez les aliénés. Travail de M. Picqué.

M. Picqué. — Frappé depuis de longues années des bienfaits de l'intervention rapide chez les aliénés, je demande à la Société de médecine légale un moyen permettant d'intervenir. Souvent la famille n'adopte pas la solution favorable à l'aliéné, ce qui place le chirurgien dans une situation embarrassante. On ne peut passer outre, et la demande à la famille doit être maintenue. Mais, si la réponse est contraire au traitement de l'aliéné, ne doit-on pas avoir recours à un tribunal? Relativement aux familles qui ne répondent pas, et elles sont nombreuses, la question est différente, et la solution est d'ordre administratif. Mais dans tous les cas le chirurgien ne peut passer outre. La question de l'intervention chez les aliénés est d'une haute importance; mais comment arriver à une solution? Je demande à la Société de bien vouloir adresser le rapport de cette question au Ministre de l'Intérieur.

M. Briand. — J'appuie la demande de M. Picqué, afin que la question soit soumise au Conseil supérieur de l'Assistance publique. Adopté.

Suite de la discussion sur la loi Cruppi.

M. Jacomy. — L'article 2 de la loi établit l'existence d'une double liste : 1° Experts de choix; 2° experts de droit. Je crois que la liste des experts de droit est inutile, elle représente une véritable superfétation, puisque la liste des experts de choix sera constituée en grande partie parmi les savants qui seraient experts de droit. Il ne restera donc comme experts de droit, que ceux qui, pour une raison quelconque, auraient été éliminés de la liste des experts de choix, ou auraient refusé d'en faire partie. En outre, l'article 4 dit que « les experts désignés au paragraphe 3 de l'article 2 ne peuvent être choisis que si cette mesure, qui doit être justifiée par la gravité de l'affaire, est autorisée par ordonnance motivée du président du tribunal ou du président de la juridiction saisie ». Il en résulte donc que la loi constitue des experts de droit que l'on n'aura pas le droit de choisir; l'inculpé ne pourra avoir recours à eux que s'il y est autorisé par le président. Ce sera l'occasion de nouvelles complications et formalités.

M. Brouardel. — J'appuie la proposition de M. Jacomy.

M. Vallon. — Je partage l'opinion de M. Jacomy, je me prends pour exemple : je suppose que l'on me raye, pour une faute grave, de la liste des experts de choix; je n'en reste pas moins expert de droit aux termes de la loi, puisque je suis médecin d'un hospice d'aliénés.

M. Brouardel. — Il se peut qu'un des membres, de droit puisse ne pas faire d'expertises dans certaines circonstances, l'existence de certaines tares dans sa famille par exemple.

M. Briand. — Il peut exister aussi un membre indigne, faisant partie de la liste de droit.

M. Jacomy. — Les magistrats et les médecins légistes ne demandent pas l'extension de la liste.

M. Leredu. — La loi n'a pas été discutée au parlement au point de vue de la liste ouverte.

M. Jacomy. — L'article 2 de la loi est ainsi conçu : « La liste des médecins et chimistes admis à pratiquer les expertises médico-légales devant les tribunaux, est dressée, chaque année, pour l'année suivante, par la Cour d'appel, le procureur général entendu, sur la proposition des tribunaux civils, des Facultés et Ecoles de médecine, de pharmacie et des sciences. Les professeurs chargés du cours des dites Facultés, les médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux, dans les villes où siègent des Facultés et Ecoles de médecine de plein exercice, les médecins d'hospice et d'asiles publics d'aliénés, feront partie de droit de cette liste. Les experts seront autant que possible classés par catégories suivant leur spécialité ». Le deuxième paragraphe pourrait être supprimé; je le propose. Adopté à l'unanimité.

M. Brouardel. — *Art.* 3 : « En vue des opérations qui lui paraissent nécessaires à la découverte de la vérité, le juge d'instruction désigne sur la liste annuelle, dressée en conformité de l'article précédent, un expert ou plusieurs, s'il y a lieu, à des recherches scientifiques distinctes. La désignation dudit ou desdits experts devra être faite dans le délai de trois jours francs à dater de la notification et immédiatement notifiée à l'inculpé, qui a le droit, à tout instant de la procédure, de choisir sur la liste annuelle qui lui est communiquée, un nombre égal d'experts. S'il y a plusieurs inculpés, ils doivent se concerter pour faire cette désignation. »

M. Jacomy. — J'ai à faire une critique sur le délai des trois jours francs, ce qui, en réalité, fait au moins cinq jours. Il me semble qu'un délai de cinq jours est trop long dans les cas d'urgence. Il faudrait pouvoir modifier ce délai de trois jours francs. Dans les cas d'urgence pour que l'expertise soit efficace, je demande que le juge d'instruction puisse nommer un expert, jusqu'au moment où l'inculpé aura pu s'entendre avec son avocat. Ce serait faire, en somme, pour les expertises ce que l'on fait pour les avocats.

M. Leredu. — Pour les délais nous avions demandé quarante-huit heures; la Chambre a voté trois jours. Le principe même de la loi est l'expertise contradictoire. Or, dans les cas d'urgence, dit M. Jacomy, le juge d'instruction pourrait nommer les deux experts, ce choix irait à l'encontre même de la loi. Il faut laisser l'accusé faire son choix, mais demander que le délai de trois jours soit diminué. On ne peut comparer le choix

de l'expert avec celui de l'avocat, cette assimilation ne me paraît pas tout à fait juste. Nous devons donc réduire le délai pendant lequel l'inculpé doit trouver son expert, mais ne pas laisser le juge d'instruction libre de choisir deux experts.

M. Jacomy. — S'il faut laisser à l'inculpé le temps de choisir son expert avec son avocat, le délai de trois jours francs me paraît nécessaire; mais au point de vue de l'expertise même, il est trop long. Il ne faut considérer l'expertise contradictoire que comme un contrôle.

M. Leredu. — Je ne pense pas qu'on ait besoin de trois jours francs pour le choix de l'expert. Au point de vue du principe même de la loi, les deux expertises doivent être faites contradictoirement. Le rapport sera fait en même temps, et les experts, ou arriveront d'accord, ou seront en contradiction, alors apparaîtra le tiers expert. L'expertise contradictoire n'est donc pas un contrôle. Je demande que le délai soit restreint.

M. Magbrunier. — Il est très difficile d'admettre un expert provisoire nommé par le juge d'instruction, puis remplacé par l'expert choisi par l'accusé. Je serai d'avis de supprimer cet expert provisoire et de restreindre le délai de trois jours.

M. Briand. — Je demande si dans la procédure actuelle il existe quelqu'un, autre que le juge d'instruction, qui puisse nommer dans ce cas l'expert de la défense.

Personne autre.

M. Brouardel. — Une expertise ne vaut que par la rapidité avec laquelle elle est faite. Sans parler de Paris ou de Lyon; en province on examine presque toujours des cadavres en putréfaction, et il est impossible dans ces cas de faire une expertise. A Paris même, l'expert ne fait l'autopsie que 48 heures après la mort; mais s'il faut attendre la nomination d'un deuxième expert, il sera presque certain que l'expertise sera très tard faite. Dans les cas de viol par exemple, l'expertise sera très difficile. Nous pourrions donc exprimer ici que les délais soient restreints au minimum.

M. Jacomy. — J'ai envisagé la question sous toutes ses faces, et je ne vois qu'une seule solution : le choix d'un expert provisoire par le juge d'instruction.

M. Brouardel. — Ce choix ne pourrait-il pas être fait par le bâtonnier? Il serait utile que la Société émît la proposition que le délai, pour le choix de l'expert de l'inculpé, ne soit que de 24 heures. On remplacerait délai de trois jours francs par délai de 24 heures.

M. Jacomy. — Je voudrais, en outre, qu'il soit énoncé dans cet article, que l'expert est commis par le juge d'instruction, afin qu'il ait bien l'air d'un mandataire de justice et non d'un avocat de l'inculpé. On pourrait donc ajouter : « L'expert désigné par l'inculpé sera commis par le juge d'instruction. »

M. Brouardel. — *Art.* 4. Sa suppression est demandée.

Art. 5. « Si l'auteur du crime ou du délit est inconnu, si le prévenu est en fuite, l'expertise ordonnée par le juge d'instruction devra être confiée au moins à deux experts choisis sur la liste annuelle. » Adopté.

Art. 6. « Il ne peut être procédé aux opérations par un seul expert que dans le cas où l'inculpé, assisté de son défenseur, renonce formellement à l'expertise *contradictoire* et accepte l'expert désigné par le juge. »

M. Jacomy. — Je propose de supprimer le mot *contradictoire* de l'article de loi. Adopté.

M. Brouardel. — *Art.* 7. « Les experts désignés par le juge d'instruction et le prévenu jouissent des mêmes droits et prérogatives... Ils procèdent ensemble à toutes les opérations, et leurs conclusions sont prises, *après avoir été discutées contradictoirement*, dans un rapport commun. » Il suffit de supprimer « *après avoir été discutées contradictoirement* ».

Art. 8. Pas d'observations. Adopté.

Art. 9. Adopté.

Art. 10. Adopté.

Article additionnel de M. Levraux sur la création d'écoles et de diplômes d'experts. Adopté. G. Carrier.

Expressions nouvelles ou renouvelées. — *Disparalisme* (Richepin. *Lagibasse*, p. 132).

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Rédacteur spécial : M. le Dr Noir.

I. — Le traitement du hoquet par les inhalations de chloroforme; par le Dr Kanellis (d'Athènes).

I. — Notre distingué collaborateur, le Dr Kanellis (d'Athènes), au sujet du Bulletin que nous avons publié dans le *Progrès médical* du 6 janvier 1900, sur le traitement du hoquet, nous rappelle qu'outre les divers moyens de combattre le spasme du diaphragme, que nous avons énumérés, il en est un qui peut être employé avec succès dans les cas rebelles et qui lui a donné de très bons résultats : ce sont les inhalations de chloroforme.

II. — Revue des médicaments nouveaux, par C. Crinon. (Rueff, édit., 1900.)

II. — Notre savant confrère du *Répertoire de Pharmacie* a fait paraître la septième édition de sa « Revue des médicaments nouveaux » qui dépasse, si c'est possible, la netteté, la concision, les soins scrupuleux mis dans la rédaction des autres éditions. Parmi les médicaments nouveaux mentionnés citons : l'acide cacodylique et le cacodylate de soude, l'aspérine, la déonine, le dormiol, les égols, le metavanadate de soude, la nirvanine, le tannacol, la ténalgine, l'urosine, etc. Nous regrettons que ce genre de publication ne puisse se prêter à l'analyse, mais les nombreux emprunts que nous ferons à M. Crinon à notre chapitre « Formules », sera la preuve la plus palpable de l'intérêt que nous portons à sa « Revue des médicaments nouveaux ».

III. — Traitement de la tuberculose laryngée et pulmonaire par les inhalations de vapeurs antiseptiques; par M. P. Lacroix (de Paris).

III. — M. Lacroix, dans la séance du 26 décembre à l'Académie de Médecine, a exposé un traitement de la tuberculose laryngée et pulmonaire par inhalations antiseptiques.

Il emploie les vapeurs associées de menthol, bromoforme et formaldéhyde pour obtenir l'antisepsie des voies aériennes.

En chauffant un mélange de ces trois corps dans un vase clos où circule un courant d'air, il obtient un air médicamenté spécial qui est, au point de vue chimique de l'air, chargé de vapeurs extrêmement ténues de menthol, bromoforme et formol. Cet air est, d'une part, parfaitement inhalable, c'est-à-dire qu'il peut être respiré sans inconvénient par les malades. Il jouit même de propriétés analgésiques et calmantes. Pour prouver sa parfaite tolérance, il a examiné plus d'un millier de fois la muqueuse respiratoire avec le laryngoscope, comparativement avant, pendant et après l'inhalation, et il n'a jamais constaté que la partie visible du larynx, de la trachée et de la bifurcation des bronches fût irritée ou congestionnée, à un degré quelconque, par l'inhalation. Cet air spécial, d'autre part, est un antiseptique puissant. Il stérilise les cultures de staphylococcus et il détruit la virulence des crachats tuberculeux qui, après avoir subi son influence, peuvent être injectés à un cobaye sans tuberculiser l'animal. Enfin, en thérapeutique, ces inhalations amènent, dans bien des cas, la cicatrisation des ulcérations tuberculeuses du larynx, la guérison du catarrhe laryngé tuberculeux et elles procurent également d'excellents résultats dans la bacillose pulmonaire. Il base ces conclusions sur une expérience de trois années.

IV. — Ictère grave traité par les injections massives de sérum artificiel; par Lenez et G. Schneider. *Arch. de méd. et de pharm. milit.*, janv. 1900).

IV. — Les auteurs publient l'observation d'un malade atteint d'ictère qui s'aggrava brusquement et s'accompagna de coma absolu, de convulsions, de rareté des urines. A la suite d'injections d'un litre de solution de chlorure de sodium à 7 pour 1000 soigneusement stérilisé et faites dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque droite et renouvelées au bout de six heures, l'agitation diminua et le malade reprit, quelques heures après, connaissance après une véritable débâcle d'urine et de matières fécales. Deux autres injections semblables fu-

rent faites le lendemain et la maladie évolua régulièrement vers la guérison qui fut complète.

V. — **Les pommes de terre dans l'alimentation des diabétiques**; par A. Mossé, (*Bull. gén. de Thérap.*, 15 janv. 1900).

V. — Dans un long article, M. Mossé, professeur de clinique médicale de Toulouse, examine la question controversée de la pomme de terre dans l'alimentation des diabétiques. Après avoir substitué au pain la pomme de terre et avoir fait de nombreuses analyses, M. Mossé croit pouvoir conclure que dans certains cas de diabète de moyenne intensité, particulièrement dans le diabète arthritique, les pommes de terre peuvent être avantageusement conseillées pour remplacer le pain ordinaire pour une période plus ou moins longue.

M. Mossé a pu sans inconvénient donner à un diabétique arthritique la dose de 1500 gr. de pommes de terre par jour en guise de pain. La composition de la pomme de terre est variable. Cependant, d'après M. Balland, 3 kilogrammes de pommes de terre contiennent à peu près la même quantité de matières azotées et amylacées qu'un kilogramme de pain. En règle générale, d'après Coudon et Bussard, les pommes de terre très féculentes se boursoufflent et éclatent en cuisant dans l'eau, tandis que celles qui sont surtout riches en substances albuminoïdes restent fermes et ne se délitent pas. De plus, la partie centrale des tubercules frais et arrivés à parfaite maturité est la plus aqueuse, la plus pauvre en fécule et la plus riche en matières azotées. Ces observations doivent être retenues par le médecin qui en pourra tirer profit.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Le Laboratoire municipal de chimie de la Ville de Paris

Dans un très intéressant rapport au Conseil municipal, M. Chautard, que sa qualité de chimiste distingué et de professeur à l'Ecole Centrale, rendait plus particulièrement compétent, a exposé le fonctionnement du laboratoire municipal de chimie.

Cette utile institution, qui date de 1878, n'est pas un instrument de police; sa mission est avant tout une mission d'hygiène et nous partageons l'opinion de M. Chautard qui désirerait voir enlever cet important service à la Préfecture de Police pour le rattacher à la Préfecture de la Seine. Le laboratoire, ouvert en octobre 1879, fut organisé par un chimiste très distingué, M. Ch. Girard, qui le dirige encore aujourd'hui; les commerçants pouvaient y faire analyser leurs denrées. A partir de 1881, les consommateurs purent tout aussi bien que les commerçants avoir recours au laboratoire municipal. En même temps on y rattachait le service de dégustation et de visite des halles et marchés. Quarante-et-un chimistes assuraient le service et son budget s'élevait à 150.125 francs.

En 1889, il comptait un personnel de soixante-huit personnes et dépensait 282.000 francs. Le public s'adresse de plus en plus à ce laboratoire, non seulement pour les analyses gratuites, mais pour les analyses payantes; en 1898, une recette de 54.545 francs fut effectuée de ce chef. Les chambres syndicales ont proposé d'assurer un nombre minimum d'analyses payantes si ces analyses étaient rapidement faites. Malheureusement, l'organisation du laboratoire est encore trop restreinte. La Préfecture de la Seine, l'octroi, les prisons, les hospices, les collèges, l'armée, les communes suburbaines ont recours aux bons offices du laboratoire municipal de Paris.

Les résultats obtenus depuis son institution sont très importants : les falsifications des denrées se sont abaissées de 29 0/0 à 10 0/0 et ces falsifications sont moins dangereuses, grâce à la surveillance du laboratoire; on ne met plus de strychnine dans la bière, de colorants contenant de l'arsenic dans les vins, de matières organiques putréfiables dans le lait. Les pénalités graves qui résultent de ces falsifications, découvertes par le laboratoire, les ont rendues très rares. Ce qui est le plus souvent constaté est le mouillage du vin et du lait.

M. Chautard ne croit pas que le mouillage du vin puisse avoir de bien graves conséquences, mais il en est tout autrement du lait qui peut occasionner des troubles graves dans la première enfance et ne saurait être réprimé avec trop de rigueur.

M. Chautard appelle l'attention de l'administration sur quelques points du fonctionnement du laboratoire, entre autres sur certains échantillons de lait, par exemple, provenant de la banlieue, qui peuvent s'altérer avant leur arrivée au laboratoire.

Les analyses sont les unes dites qualitatives (gratuites), les autres quantitatives (payantes). Le prix varie entre 5 et 20 francs.

Seize chimistes experts, qui ont le titre de commissaires de police se partagent les treize sections qui divisent Paris et le département de la Seine. Ils inspectent les marchés, font détruire les denrées avariées et prélèvent des échantillons de celles qui paraissent falsifiées. Deux échantillons sont prélevés, un pour l'analyse, un second est scellé en cas de contre-expertise; un troisième, enfin, peut être laissé, une fois scellé, entre les mains de l'intéressé. Ces inspecteurs vont chez les nourrisseurs prélever du lait au moment de la traite pour le comparer à celui mis en vente. Ils vont encore faire des prélèvements dans les gares et peuvent, par commissions rogatoires, remonter jusqu'à l'origine de la production. Chose étrange, les chimistes du laboratoire n'ont pas le droit de pénétrer aux Halles Centrales. De sorte que s'ils constatent chez des petits marchands une falsification, ils ne peuvent remonter à sa source, si les denrées proviennent des Halles. Il serait nécessaire que le Préfet de Police prît des mesures pour mettre un terme à cette singularité. Les chimistes qui font les analyses sont autant que possible spécialisés. Ils travaillent dans des locaux trop exigus, à la lumière artificielle, avec un matériel insuffisant et il importe de remédier à ces défectuosités.

Il importe que le personnel du laboratoire ne se renouvelle pas trop rapidement et comme l'avancement y est lent, M. Chautard propose d'établir, pour chaque poste, des classes différentes, permettant d'en augmenter les appointements. Il demande, en outre, la création de préparateurs attachés au directeur, aux sous-chefs et aux chimistes principaux. Les places autres que celles de préparateurs resteraient au concours et seraient un débouché aux anciens élèves de l'Ecole municipale de chimie.

M. Chautard termine son excellent rapport en faisant l'éloge mérité du laboratoire municipal de chimie qui est, au point de vue technique, à la hauteur de sa tâche et il espère qu'on réalisera immédiatement des améliorations matérielles indispensables.

Bourneville.

BIBLIOGRAPHIE

Sermo de pondere et longitudine infantum recens natorum (*Sur le poids et la longueur des enfants nouveau-nés*), par H. Adsersen

1° L'auteur démontre que les différences que présente le poids des garçons nouveau-nés, selon que la naissance a eu lieu dans l'un ou l'autre des mois astronomiques, doivent être regardées comme l'expression des variations pondérales annuelles physiologiques, lors même que les courbes des nouveau-nés montrent une plus grande conformité avec les périodes pondérales annuelles des nourrissons qu'avec celles des enfants plus âgés. Cette circonstance concorde parfaitement avec ce qu'il a développé dans un mémoire antérieur publié dans les Archives (1898) sur la longueur des enfants nouveau-nés aux différents mois astronomiques.

2° L'auteur montre qu'en comparant, selon les mois astronomiques, la longueur et le poids des enfants nouveau-nés de Stokholm et de Copenhague, les courbes oscillaient essentiellement de la même manière, et il en conclut que la croissance selon les mois astronomiques s'opère d'après des lois fixes tout aussi bien que le fait la croissance selon les années de la vie. M. Adsersen précise les lois qu'il est possible d'établir pour la croissance annuelle en longueur et en grosseur de chaque sexe, l'enfance regardée comme entité. En ce qui concerne les non-conformités des courbes de poids et de longueurs des nouveau-nés suédois et danois, l'auteur fait ressortir que celles-ci consistent essentiellement en des déplacements tant horizontaux que verticaux, entre les oscillations des courbes,

fait qu'il attribue à la situation différente du lieu natal, sans pouvoir établir néanmoins des règles plus détaillées pour la cause de ces déplacements. En dernier lieu, l'auteur propose la continuation des recherches sur la longueur et le poids des nouveau-nés selon les mois astronomiques, si possible par une investigation internationale collective, afin d'obtenir par là des renseignements plus précis sur l'influence du lieu natal aux égards ci-dessus, de même que sur l'action du climat dans la croissance physiologique annuelle de l'enfance en longueur et en grosseur. (*Nordiskt med. Ark.*)

Les résultats du traitement de la fracture du col du fémur par le " clouement "; par Julius Nicolaysen.

L'auteur a décrit dans le *Nordiskt medicinskt arkiv* de 1887, cette méthode pratiquée par lui dès le printemps 1894, et dont voici la description :

Après la reposition de la fracture, on fixe l'os dans sa position normale à l'aide d'un clou triangulaire en acier de 12 centimètres de longueur, après quoi on applique un bandage immobilisant de plâtre qui est laissé en place pendant 10 à 12 semaines; à l'issue de 2 à 3 semaines, on enlève le clou.

Vers 1860 M. Langenbeck proposa, à ce qu'on dit, de percer le col du fémur et d'y insérer un clou d'ivoire, mais il ne paraît avoir donné suite à ce projet opératoire.

Les résultats ont été très favorables. Le raccourcissement réel a été réduit en moyenne à 4 centimètres. Le raccourcissement apparent (qui dépend de l'adduction) a disparu. Dans le principe, le traitement n'était appliqué qu'aux fractures « non enfoncées », mais quand le raccourcissement n'est pas minima, on traite actuellement les fractures enfoncées avec de très bons résultats. L'effet immédiat du clouement est la cessation complète des douleurs. Dans la plupart des cas, l'opération a lieu sans narcose.

8 hommes et 13 femmes ont été traités d'après cette méthode.

Notes sur la bactériologie des appendicites;
par le Dr Ali Krogius.

L'auteur a examiné, au point de vue bactériologique, 28 cas d'appendicite, à savoir : 11 péritonites diffuses d'origine appendiculaire, 15 abcès intrapéritonéaux consécutifs à une perforation de l'appendice, un cas d'empyème et un cas de hydrops de l'appendice. Dans les deux derniers cas le contenu de l'appendice était stérile, dans les 26 autres cas il y avait toujours dans l'exsutat purulent, des bactéries en plus ou moins grand nombre.

Parmi ces bactéries, il y a 3 formes que l'on rencontre avec une fréquence toute particulière dans les préparations microscopiques. Ce sont : *a*) Des bacilles à bouts arrondis, se décorant d'après la méthode de Gram, *b*) des diplocoques ovoïdes ou lancéolés souvent disposés en courtes chaînettes et se colorant par la méthode de Gram ; c) des bacilles grêles, flexueux, se colorant également par la méthode de Gram.

Outre ces formes on trouve, plus rarement, des streptocoques, des bacilles renfermant des spores, des bacilles rappelant le bacille du charbon, etc. Les cultures ont donné les résultats suivants : trois fois il y avait une culture pure, une fois du streptocoque pyogène, une fois du pneumocoque et une fois du diplocoque intestinal (Tavel et Lanz). Dans 6 cas on ne trouva dans les cultures que le bacterium-coli, bien que, à l'examen microscopique, ont eût trouvé encore d'autres micro-organismes. Dans les 17 cas restants on trouva, outre le bacterium-coli, les micro-organismes suivants : le pneumocoque (13 fois), le diplocoque intestinal (2 fois), un diplocoque liquéfiant (1 fois), le *proteus vulgaris* (1 fois), le bacille pyocyanique (2 fois). Parmi ces bactéries, toutes, à l'exception du diplocoque intestinal et du diplocoque liquéfiant sont pathogènes pour les animaux. En injectant chez les lapins dans la cavité péritonéale des cultures du bacterium-coli, l'auteur a constaté quelquefois à l'autopsie des animaux une vraie appendicite aiguë, caractérisée par la tuméfaction et l'injection de l'appendice qui était couvert d'ecchymoses et renfermait dans la cavité un liquide muqueux sanguinolent.

Au point de vue des microbes anaérobies, dont MM. Veillon et Zuber ont constaté la présence fréquente dans le pus des appendicites, les recherches de l'auteur ont encore besoin d'être complétées.

Un cas d'urticaire persistante verruqueuse;
par le Dr J.-V. Hjelmman.

Au rang des cas de l'urticaire persistante verruqueuse publiés par Fabry (*Archiv für Dermatologie und Syphilis*, Bd 34) et *Kreibich* (*Archiv f. Derm. und Syphilis*, Bd 48), l'auteur rend compte d'un cas semblable, qu'il a observé.

Femme de 46 ans, mariée depuis 19 ans. Point de dermatoses dans la famille de la malade. Il y a dix ans que son affection a commencé par un prurit intense des bras et des pieds. Le prurit s'étend peu à peu sur tout le corps. En même temps se présente aux parties démangeantes un exanthème ortié qui bientôt disparaît pour la plus grande partie; mais d'autres taches persistent et se transforment en tumeurs verruqueuses en continuant à démanger. Quelques-unes de ces verrues disparaissent spontanément, mais à leur place d'autres se forment des taches d'ortie nouvelles. Les surfaces extérieures des bras et des pieds ont été les plus affectées. Sur l'avant-bras et la main gauche on trouve ainsi environ 70 efflorescences verruqueuses de la grandeur d'un chenevis jusqu'à une cerise. Sur l'abdomen, le dos et la nuque on en voit environ une douzaine. Le thorax est libre; au visage il y en a quelques-unes. Du reste, on trouve une urticaire factice légère. Matité sur le sommet du poumon gauche et respiration bronchiale.

L'examen microscopique des efflorescences verruqueuses montre un épaississement de la couche cornée. La couche lucide et la couche granuleuse sont beaucoup plus larges qu'à l'ordinaire. Le réseau est très hyperplastique, les papilles très allongées. Dans la peau, surtout dans les papilles et la couche sous-papillaire il y a une infiltration épaisse des petites cellules. Dans les couches plus profondes de la peau on trouve une infiltration semblable moins riche, et de même autour des glandes sudorifiques. Nulle part l'infiltration ne passe aux papilles. Entre les cellules d'infiltration on trouve plusieurs cellules engraissées.

Par le traitement local très peu de succès. Par l'arsenic, à l'intérieur, une petite amélioration.

Deutsche Medecinische Wochenschrift.

Ce journal, à l'occasion de son vingt-cinquième anniversaire consacre uu *numéro spécial* à l'étude des progrès accomplis durant ce quart de siècle dans les différentes branches de la médecine; passant successivent en revue la pathologie interne, la chirurgie, la gynécologie, l'ophtalmologie, le journal met en relief les phases importantes, les découvertes dignes d'être signalées ; à l'occasion de ces découvertes l'auteur nous donne la photographie des principaux maîtres tels que von Leyden; le grand clinicien allemand, Czerny (de Heidelberg), dont tout le monde connait les hautes qualités chirurgicales, l'illustre anatomo-pathologiste Wirchov; tels encore que Donders et Helmholtz, les deux ophtalmologistes universellement connus, et d'autres encore. Nous nous associons de grand cœur au confrère allemand pour rendre hommage à tous ces maîtres incontestés dont le génie a contribué, pour une large part, à l'accomplissement des prodigieux progrès qui auront marqué le dernier quart du XIXe siècle. X.

Un Manuscrit du Dr Evans. — Le Dr Evans, le dentiste de la cour des Tuileries, qui, après le 4 Septembre, accompagna l'ex-impératrice Eugénie à l'étranger, a publié en anglais un récit des événements auxquels il s'est trouvé mêlé à cette époque. Cette relation, qui a été imprimée à un petit nombre d'exemplaires, est intitulée : *The Fall of the second french Empire*, c'est-à-dire : « La Chute du second Empire français. » Le manuscrit en était demeuré entre les mains de M. Symonds, libraire à Paris, à qui les héritiers du Dr Evans l'ont réclamé. M. Symonds, n'ayant pas déféré à cette réclamation, s'est vu assigner devant la 11e chambre correctionnelle, sous l'inculpation d'abus de confiance, et le tribunal, après avoir entendu Me Boulard, avocat des plaignants, a condamné M. Symonds, par défaut, il est vrai, à huit jours de prison, 100 francs d'amende et 500 francs de dommages-intérêts. (*Le Temps* du 1er janvier 1900.)

VARIA

Nouvelles médicales du Sud-Africain.

Londres, 19 janvier. — Un médecin-major de l'armée anglaise, qui se trouvait à la bataille de la Tugela, vient d'adresser à ses chefs, à Londres, un curieux rapport détaillant les positions des blessures reçues par les soldats anglais au cours de la lutte.

La question est intéressante, parce qu'elle donne une idée très exacte du tir des Boers. C'est ainsi que sur 285 sous-officiers et soldats anglais blessés à la bataille de la Tugela, le 15 décembre dernier, 26 seulement ont été blessés à la figure ou dans le cou, 23 à la poitrine ou aux épaules, 76 dans les cuisses et 124 dans les jambes ou aux pieds.

Il paraît donc résulter de cette curieuse statistique que les Boers tirent fort bas.

Le médecin-major ajoute, dans son rapport, que toutes les blessures produites sont aussi « humaines » que possible, et que « les hémorragies brillent par leur absence ». (*Le Matin.*)

Durban, le 22 janvier. — Dans ces derniers jours, la mortalité par suite de la fièvre entérique, à Ladysmith, s'élevait en moyenne à 10 décès par jour. Le rapport hebdomadaire du général White, publié samedi, mentionne 110 cas graves de cette maladie et de dysenterie au camp.

Certains journaux publient la dépêche suivante de Pretoria : Nous sommes très inquiets au sujet de nos ambulances; nos meilleurs médecins de la Modder-River ont été retenus prisonniers par les Anglais. Le président Steijn a envoyé un télégramme à Prétoria disant que le landrost de Jakobsdal lui fait savoir que les médecins Ramsbottom, Krause, Biedewel, Wootsmann et tout leur matériel médical sont restés aux mains des Anglais. Depuis quelque temps, le général Kronje ne dispose que d'un seul médecin, le docteur Hall, pour toutes ses troupes. Le général Delarey a confirmé ces faits au président Steijn, avant que ce dernier les fasse connaître à Prétoria. D'autre part, le docteur Veele annonce la capture de sept autres médecins, envoyés à la recherche de leurs collègues sur la Modder. Du côté de Ladysmith, on annonce également l'arrestation d'un médecin faisant partie du commando d'Estcourt.

Les nouvelles de Pretoria annoncent l'arrivée de l'ambulance portugaise, dirigée par le Dr Carlos Vaz. Cette ambulance est envoyée en toute hâte sur la Modder.

L'art de conserver les viandes.

Nos maîtres les sauvages, qui ont inventé presque toutes les sciences que nous nous targuons de posséder, ont porté à un haut degré l'art de conserver les viandes. L'expérience leur a appris, avant que l'Institut l'expliquât, qu'une chaleur forte et sèche extermine les ferments, qui ont besoin d'humidité. Cette chaleur sèche, notre père le soleil la fournit. Les sauvages confient à ses rayons la chair qu'ils ont dégraissée, découpée en lanières et fixée sur des bâtons. Elle sèche en perdant 74 0/0 de son volume. Elle noircit, elle durcit, et, perdant un peu de sa succulence, prend à la fois l'aspect et la saveur du caoutchouc. Elle s'appelle désormais pemmican, tasajo, bittongue, kadyk ou kelia, selon qu'on se trouve dans l'Amérique du Nord, dans celle du Sud, dans l'Afrique australe ou dans le Sahara. Elle ne craint plus les intempéries. Elle a acquis une solidité à toute épreuve. Elle n'offre point au palais de fondantes délices. Elle demande à être mâchonnée patiemment. Quelques gourmets s'en affligeraient; car nous avons, en général, ce préjugé, qu'il faut manger les aliments, c'est-à-dire les broyer, les dissoudre et les avaler, le tout sans effort. Le pemmican-caoutchouc doit, au contraire, être chiqué. C'est un autre procédé de nutrition. Mais il ne plaît pas à tout le monde. Alors un chimiste du Massachusetts s'est mis à l'œuvre, et la *Revue scientifique* nous apprend quel fut le succès de ses efforts. En soumettant la viande à un rayonnement électrique intense en même temps qu'à un courant d'air chaud, il obtient un résidu sec, qui n'a perdu que 70 0/0 de son volume, et qui, au lieu d'être élastique et résistant, se pulvérise. Véritable poudre de Perlinpinpin ! Une pincée de ce pemmican électrique suffit à nourrir un homme. *On emporte deux jours de vivres dans une tabatière.* Si l'usage d'une substance si commode se généralisait, quel progrès ne ferait pas la délicatesse des mœurs ! Un dîner se composerait de fleurs, de parfums et d'agréables propos. Au lieu de plats chargés de viandes humides, une bonbonnière unique, en cristal, contiendrait pour le palais un plaisir délicat. Et les hommes se nourriraient seulement de l'essence des choses, comme les abeilles et comme les dieux. (*Débats.*)

L'impôt médical au Portugal.

Dans ce pays où fleurissent les impôts... autant que l'oranger, le gouvernement n'a eu garde d'oublier de mettre en coupe réglée la profession médicale. Voici la manière curieuse dont s'opère la répartition des impôts entre les membres du corps médical d'une ville. Le gouvernement informe les praticiens que le corps médical de... est soumis à une contribution globale de... (ici un chiffre fantastique de mille reis). Les médecins se réunissent et élisent obligatoirement un conseil, le « Grémio ».

Le Grémio est chargé de répartir le plus équitablement possible les charges entre les confrères, d'après la clientèle qu'elle leur suppose. Les médecins qui se croiraient lésés, dans cette répartition, ont le droit d'en appeler à une cour spéciale, instituée pour juger les contestations, entre les Grémio (il en existe pour toutes les professions) et les contribuables.

Un détail, qui permettra de juger la rage d'imposition qui sévit au Portugal : une forte taxe ayant été établie sur les allumettes, les habitants économes s'étaient remis à l'usage du briquet. Ceci ne faisait pas du tout l'affaire du gouvernement. Aussi s'est-il hâté de mettre en régie la fabrication de la corde remplaçant l'amadou pour ces briquets; il est formellement interdit de se servir d'autre corde que celle de la régie. Et la régie a soin de débiter la sienne au prix de la corde de pendu ! (*Journal d'Accouchements.*)

Une leçon de modestie.

Le chirurgien Ambroise Paré, loué pour une opération difficile qu'il venait de réussir, répondait aux félicitations de ses amis qu'il n'était pour rien dans la guérison de son client : « *Je le pansai*, disait-il, *Dieu le guarit.* » Pareille modestie n'est plus de mise aujourd'hui. Elle doit sembler étrange, en tout cas, au Pr Wilson, de l'Université d'Edimbourg, médecin honoraire de la Reine Victoria. La *Gazette de Voss* raconte que cet illustre praticien éprouva une telle allégresse en recevant son brevet qu'il résolut d'en faire part immédiatement à tous ses élèves. D'une main fébrile il saisit un morceau de craie et traça ces mots au tableau noir : « Le Pr Wilson a l'avantage de communiquer aux étudiants de l'Université d'Edimbourg la nouvelle de son élévation à la dignité de médecin honoraire de Sa Gracieuse Majesté la reine Victoria. » On applaudit l'heureux grand homme et on le félicita. Puis le Pr Wilson dut quitter l'auditoire pendant quelques instants. Quelle ne fut pas son indignation en lisant, à sa rentrée dans la classe, cette inscription placée au-dessous de la sienne : « *God save the queen !* Dieu protège la reine ! » Les étudiants, pour une fois, avaient donné la leçon. Et le maître dut la subir. (*Les Débats.*)

L'alcoolisme en Alsace-Lorraine.

Le président de Lorraine, baron de Hammerstein, a rendu, ces jours derniers, une ordonnance interdisant, dans tous les lieux publics, la vente des boissons alcooliques, avant 8 heures du matin. Cette ordonnance bien inutile (car le mal est incurable) cause une vive émotion dans le monde des hôteliers et des cabaretiers. Ces derniers ont porté leurs doléances devant la puissante Société des hôteliers et aubergistes, en l'invitant à en attaquer la validité devant le Conseil d'Etat, l'estimant illégale et désastreuse pour leur commerce.

L'alcoolisme s'est développé d'une manière effroyable depuis vingt ans, dans les provinces annexées, principalement en Lorraine, où se sont créés, depuis cette époque, de grands établissements industriels et de sidérurgie, sans compter les

nombreuses constructions immobilières, casernes et forts nouveaux, qui ont attiré une foule énorme d'ouvriers, grands buveurs d'alcools. Ce vice dégradant trouve d'ailleurs un adjuvant puissant dans l'extrême bon marché de certaines eaux-de-vie allemandes. On en livre, en effet, à la consommation, dans certains établissements, à raison de 40 pfennings (50 centimes) le litre. Aussi voit-on communément des ouvriers absorber leur demi-litre avant 7 heures du matin, c'est-à-dire avant l'entrée dans les ateliers. (*Le Temps*, 11 janvier 1900.)

L'exaltation du dévouement; irresponsabilité.

Mlle Paujade qui comparaissait, hier, devant la dixième chambre n'est pas une accusée banale. Pour procurer au Dr SCHWÉBISCH, secrétaire général de l'*Eslafette*, son ami, une somme de 10.000 francs dont avait besoin l'*Estafelte*, elle n'hésita pas à remettre au père Roux, son prêteur, un billet de somme égale, à titre de garantie, faussement signé de M. LÉVEILLÉ, professeur à la Faculté de droit. Elle transmit ainsi au Dr Schwébisch 9.000 francs, somme que le docteur remit au directeur de l'*Estafette* pour les besoins du journal. Le père Roux, supérieur du monastère d'El-Althroun, en Palestine employait Emilie Paujade pour les quêtes en faveur de son œuvre; il reconnaît avoir prêté les 10.000 francs moyennant un intérêt de... *cent pour cent!* Mlle Paujade devait, dit-elle être remboursée par le Dr Schwébisch dans la quinzaine.

Cette dévouée jusqu'à l'exaltation a-t-elle eu conscience de la gravité de son acte? Un rapport de M. le Dr DUBUISSON, commis en qualité d'expert par M. Bertulus juge d'instruction, permet d'en douter. Sur l'éloquente plaidoirie de M. Albert MEURGÉ, l'accusé a été acquittée. (Le *Radical*, 30 décembre 1899.)

Les Epidémies.

La Peste.

Honolulu, le 13 janvier.— Il y a eu 18 décès dus à la peste et 26 malades sont en traitement. On brûle le quartier chinois, afin de faire disparaître l'épidémie.

Oporto, 20 janvier. — On a constaté, pendant la semaine, 1 cas de peste et 1 décès. Depuis le commencement de la peste jusqu'à aujourd'hui, il y a eu 288 cas et 109 décès. Le médecin français, le Dr Metin, est parti ce matin pour Paris.

Londres, le 23 janvier. — Le ministre des colonies annonce qu'à l'île Maurice il y a eu, pendant la semaine finissant le 18 janvier, 13 nouveaux cas de peste et 8 morts.

Cracovie, 19 janvier. — M. Kostanecki, attaché à l'Institut bactériologique de Cracovie, a succombé hier aux suites d'une affection d'origine manifestement infectieuse. La famille du défunt a été isolée et transférée à l'hôpital de la ville. L'Institut bactériologique est fermé jusqu'à nouvel ordre.

La *Nouvelle Presse libre* prétend que le Dr Kostanechi est victime d'une fièvre typhoïde. Ses crachats ont été examinés d'abord à Cracovie, puis ensuite à Vienne. Aucun bacille de la peste n'y a été découvert. Par mesure de précaution, on a envoyé de l'Institut bactériologique de Vienne du sérum antipesteux à Cracovie. L'autopsie du corps a fait reconnaître que M. Kostanecki était atteint d'une maladie infectieuse aiguë dont on ne peut actuellement fixer d'une manière plus précise le caractère.

Cracovie, le 22 janvier. — De l'enquête médicale faite au sujet de la mort de M. Kostanecki, il résulte qu'on ne se trouve nullement en présence d'un cas de peste.

L'Influenza.

L'influenza sévit violemmont à Rennes, à Nantos, à Marseille, à Londres, où elle aurait causé 316 décès la semaine dernière, à Liverpool, à Manchester, à Birmingham, où la mortalité a augmenté de 60 0/0. A Amsterdam, la grippe aurait doublé la mortalité normale.

La Fièvre typhoïde.

La fièvre typhoïde a éclaté au 94e régiment d'infanterie, à Bar-le-Duc. Il y aurait 33 malades militaires et 15 civils.

ASSISTANCE PUBLIQUE.

Service de santé : Revaccination.

Monsieur le Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique a adressé, le 16 janvier, aux directeurs des hôpitaux et hospices, pour être communiquée aux médecins la circulaire suivante :

« L'hôpital d'Aubervilliers vient de recevoir quelques varioleux. Les cas dont il s'agit sont très probablement des cas isolés; il importe toutefois de prendre, dès aujourd'hui toutes mesures préservatrices qui seraient utiles. La mesure la plus urgente est la revaccination immédiate de tous les agents du personnel hospitalier.

« Je vous prie de vous entendre à ce sujet avec M. le Dr Saint-Yves Ménard, directeur de l'Institut de vaccine animale, 8, rue Ballu, pour faire procéder d'urgence à cette revaccination. Cette mesure devra être, bien entendu, appliquée également, lors de leur entrée en fonctions, à tous les agents qui entreraient dans la suite en service de même que les administrés qui y sont admis.

« En ce qui concerne, d'autre part, les malades, vous voudrez bien appeler l'attention de Messieurs les chefs de service sur l'intérêt primordial qu'il y a à ce que la population tout entière de nos établissements soit immunisée.

« Je vous prie, en conséquence, de vous reporter à la circulaire du 26 avril 1895, et de faire préparer avant chaque séance de vaccination, de concert avec Messieurs les chefs de service, un état par salle des malades à revacciner.

« MM. les chefs de service voudront bien indiquer, sous leur responsabilité, ceux qu'il y a lieu de revacciner et ceux dont l'état ne permettrait pas une revaccination immédiate.

Signé : Henri NAPIAS. »

NÉCROLOGIE

M. le Dr DEVAY, victime du devoir professionnel.

Le martyrologe des médecins-aliénistes s'augmente d'une nouvelle victime. M. le Dr DEVAY, médecin de la maison d'aliénés tenue par los Frères Saint-Jean-de-Dieu, à Lyon, vient d'être assassiné par un de ses malades. Le mardi, 23 janvier, M. Devay vaccinait les pensionnaires de la maison. Pendant qu'il pratiquait cette petite opération, un aliéné le frappa violemment au bas-ventre avec un tiers-point qu'il cachait soigneusement sous ses vêtements. L'instrument fit une terrible blessure, perforant les intestins. Malgré le transport immédiat de M. Devay à l'Hôtel-Dieu et la laparotomie que pratiqua aussitôt M. le Dr Jaboulay, le blessé a succombé à une péritonite suraiguë.

M. le Dr E. Devay occupait parmi les aliénistes un rang distingué. Il collaborait depuis plusieurs années aux *Archives de neurologie* dans lesquelles il publia plusieurs mémoires originaux entre autres, en 1897, un travail intitulé : « *Mélancolie et goitre exophtalmique.* » Au Congrès des aliénistes et neurologistes de Bordeaux, en 1895, il fit une communication remarquée, sur la *Mélancolie chez les syphilitiques.* Il dirigeait, en outre, avec talent, un journal de médecine mensuel *L'Echo médical de Lyon* qui en est à sa quatrième année de publication.

La mort tragique de ce confrère distingué a causé une vive émotion dans le corps médical lyonnais.

Actes et Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.
(Voir page VI des annonces.)

FORMULES

V. — Pulvérisations dans la variole.

Sublimé corrosif.	1 gramme.
Acide tartrique	1 —
Alcool à 90°.	50 c.c.
Ether Q. S. pour compléter. . . .	50 c.c.

3 ou 4 pulvérisations sur la face durant une minute au plus. (Talamon, cité par Crinon).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 14 au samedi 20 janvier 1900, les naissances ont été au nombre de 1159 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 413, illégitimes, 189. Total, 602. — *Sexe féminin* : légitimes, 397, illégitimes, 169. Total, 566.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1896 : 2 511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 14 au samedi 20 janvier 1900, les décès ont été au nombre de 1043, savoir : 582 hommes et 461 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 6, F. 3. T. 9. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 1, F. 0, T. 1. — Rougeole : M 6. F. 5, T. 11. — Scarlatine : M. 2, F. 1, T. 3. — Coqueluche : M. 2, F. 3, T. 5. — Diphtérie. Croup : M. 3, F. 1, T. 4. — Grippe : M. 3, F. 4, T. 7. — Phtisie pulmonaire : M. 119, F. 69. T. 188. — Méningite tuberculeuse : M. 12, F. 8, T. 20. — Autres tuberculoses : M.14, F. 12, T. 26. — Tumeurs cancéreuses : M. 23, F. 30, T. 53.— Tumeurs autres : M. 1, F. 6, T. 7. — Méningite simple : M. 14, F. 10, T. 24. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 26, F. 24, T. 50. — Paralysie, M. 2. F. 5, T. 7. — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 5, T. 8. — Maladies organiques du cœur : M. 40, F. 34, T. 74. — Bronchite aiguë : M. 6, F. 2, T. 8. — Bronchite chronique : M. 13, F. 16, T. 29. — Broncho-pneumonie : M. 32, F. 32, T. 64. — Pneumonie : M. 23, F. 28, T. 51. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 36, F. 29, T. 65. — Gastro-entérite, biberon : M. 14, F. 8, T. 22. — Gastro-entérite, sein : M. 5, F. 0, T. 5. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 2, F. 3, T. 5. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2, F. 0, T. 2. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Débilité congénitale : M. 18, F. 11, T.29. — Sénilité : M. 17, F. 30, T. 47. — Suicides : M. 8, F. 4, T. 12. — Autres morts violentes : M. 12, F. 5, T. 17. — Autres causes de mort : M. 108, F. 66, T. 174. — Causes restées inconnues : M. 9, F. 2, T. 11.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 83, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 24, illégitimes, 13. Total : 37. — *Sexe féminin* : légitimes, 29, illégitimes, 17. Total : 46.

MAISON DE SAINT-LAZARE. — *Concours pour l'admission à six emplois d'aide-interne titulaire et six emplois d'aide-interne provisoire collaborant au service médical de la maison d'arrêt et de correction de Saint-Lazare.* — Le titre d'aide-interne titulaire sera remplacé, après six mois d'exercice, sur la proposition du chef de service, par celui d'interne titulaire; cette admission donnera lieu à la délivrance d'une carte d'identité au nom de l'intéressé. Tout interne qui sera reçu docteur devra résigner ses fonctions dans le mois qui suivra sa soutenance de thèse.

Le Préfet de Police, vu l'arrêté de M. le Ministre de l'Intérieur en date du 12 décembre 1888 fixant le cadre du personnel médical de la maison d'arrêt et de correction de Saint-Lazare; vu l'arrêté du 28 février 1891 modifiant l'article 2 de l'arrêté précité; vu l'arrêté du 2 mars 1891 concernant les conditions du concours à ouvrir pour l'admission à l'internat; vu l'arrêté du 12 janvier 1894 (art. 2) réglant les attributions du Préfet de Police relativement aux mesures préparatoires nécessaires au fonctionnement du concours; vu l'arrêté ministériel en date du 12 juillet 1900 fixant au 2 avril l'ouverture d'un concours destiné à provoquer la désignation de six aides-internes et de six aides-internes provisoires à l'infirmerie normale et à l'infirmerie spéciale de la maison d'arrêt et de correction de Saint-Lazare ; arrête :

Les candidats qui désireront prendre part au concours qui aura lieu le 2 avril 1900, se feront inscrire à la Préfecture de Police (service du personnel — caserne de la Cité). Le registre d'inscription sera ouvert le 29 janvier à 10 heures du matin et sera clos définitivement le 24 février à 4 heures. Les candidats qui seront admis à concourir recevront en temps utile avis de la décision les concernant. Tout candidat devra : 1° Justifier de la qualité de Français; 2° être âgé de moins de 28 ans; 3° être pourvu d'au moins douze inscriptions prises dans une Faculté de l'Etat et justifiées par un certificat de scolarité de date récente, 4° n'être pas reçu docteur en Médecine. Il devra joindre à sa demande, rédigée sur papier timbré, un extrait authentique sur timbre de son acte de naissance, une pièce établissant sa situation au point de vue militaire, l'indication de ses titres scientifiques ou hospitaliers et tous autres documents qu'il jugerait utile de présenter. Aussitôt après la clôture de la liste d'admission il sera donné communication de la liste des membres du jury aux candidats admis qui en feront la demande. Tous liens de parenté ou d'alliance entre un des concurrents et un membre du jury devraient être signalés à l'Administration en vue de la modification de ce jury. Le concours consistera : 1° En une composition écrite qui portera sur un sujet d'anatomie et de pathologie et pour la rédaction de laquelle il sera donné deux heures. Ce sujet sera tiré au sort entre six questions arrêtées par le jury, au début de la séance, tenues secrètes et closes sous enveloppes distinctes; 2° en une épreuve orale sur un sujet concernant les maladies vénériennes (leçon de dix minutes après dix minutes de réflexion). Pour l'épreuve écrite, la note maxima sera de 30 points, elle sera de 20 points pour l'épreuve orale. Ne sera admis aide-interne titulaire ou aide-interne provisoire que les candidats ayant réuni, au minimum, la moitié du total des points. Tous renseignements sur la situation faite aux internes seront fournis à la Préfecture de Police.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — *Cours de physique végétale.* — M. Léon MAQUENNE, professeur, ouvrira ce cours le mardi 13 février 1900, à 10 h 1/2, dans l'Amphithéâtre de géologie, et le continuera le jeudi et le mardi de chaque semaine à la même heure. Dans la partie théorique du cours, le professeur étudiera la composition de l'atmosphère et les principales fonctions physiologiques des plantes qui dépendent de celle-ci. Il traitera en particulier de la germination, ainsi que de l'assimilation du carbone et de l'azote. Des conférences pratiques auront lieu tous les samedis, à 10 h. 1/2, dans lesquelles le professeur développera les matières enseignées dans le cours, au point de vue expérimental et analytique, ainsi qu'au point de vue des applications.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours pour la nomination à une place d'ophtalmologiste des hôpitaux de Paris.* — Ce concours sera ouvert le lundi 28 mai 1900. à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3. Cette séance sera consacrée à la composition écrite. MM. les Docteurs qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à 3 heures, du lundi 23 avril au samedi 5 mai suivant exclusivement.

CONSEIL DE SURVEILLANCE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Le Préfet de la Seine vient de nommer membres du conseil de surveillance de l'Administration générale de l'Assistance publique, à Paris. MM. Lonis Lucipia, Navarre, Adolphe Chérioux, Henri Rousselle, représentant le Conseil municipal de Paris. M. Masson, représentant de la Chambre de commerce, membre sortant. M. le Dr Porak, représentant des médecins accoucheurs des hôpitaux en exercice. M. Worms, représentant des administrations des bureaux de bienfaisance, membre sortant. M. Risler, représentant les maires et adjoints de la ville de Paris, en remplacement de M. Thomas, décédé. M. Brouardel, doyen de la Faculté de Médecine, pris en dehors de toute catégorie, membre sortant. Goudchaux, président de la Société des forges et aciéries du Nord et de l'Est, pris en dehors de toute catégorie, membre sortant. M. Bernheim, docteur en droit, pris en dehors de toute catégorie, membre sortant. M. Raoul Bompard, docteur en droit, député, pris en dehors de toute catégorie, en remplacement de M. Risler. — Dans sa séance du 25 janvier, le Conseil a nommé vice-président, faisant fonction de président, M. Félix Voisin par 16 voix contre 10 à M. Risler, non candidat.

SERVICE DE SANTE DE LA MARINE. — MM. Kérandel et Martin, élèves de l'école de santé de la marine ont été nommés à l'emploi de médecin auxiliaire de 2e classe de la marine. — M. Laurent, médecin principal du cadre de la marine à Cherbourg, est désigné pour remplacer au 10e régiment d'infanterie de marine, en Annam, M. le Dr Négadelle rentré en France pour raison de santé. — M. Dubois, médecin de 1re classe des colonies, a été admis à faire valoir ses droits à la retraite, à titre d'infirmités graves et incurables, contractées en service. — MM. Ribot et Ledoux, reçus docteurs en médecine devant la Faculté mixte de Bordeaux ont été nommés à l'emploi de médecin auxiliaire de 2e classe de la marine. — M. Duclot. médecin de 1re classe, est désigné pour remplacer sur le *Dupuy-de Lôme* M. le Dr Bourdon. — M. Briend, médecin de 2e classe du cadre de Brest, designé pour embarquer sur l'*Alcyon* rejoindra sa destination le 15 janvier prochain. — M. Nédélec, médecin de 2e classe du cadre de Brest est designé pour remplacer sur le *Goëland* M. le Dr Pernet, rentrant en France pour raison de santé.

Promotions. — Par décret du 13 décembre 1899, ont été promus dans le corps de santé des colonies. savoir : au grade de médecin principal ; MM. Roques, Birolleau et Metin ; au grade de médecin de 1re classe : MM. Miquel, Bogé, Lépine, Tedeschi, Talbot, Judet de la Combe, Béreni, Tanvet, Legendre, Lamy ; au grade de pharmacien principal : Mr Kérébel ; au grade de pharmacien de 1re classe : MM. Du[illegible]eux et Dureigne.

DÉFENSE DE CRACHER. — Les pétitions déposées à la Chambre des députés, pendant le cours de la session extraordinaire, se rapportent presque toutes à des questions législatives. Pourtant, l'une d'elles réclame le vote « d'une loi interdisant de cracher dans les rues et autres lieux publics ». On sait que cette question a déjà été traitée dans une communication du comité supérieur d'hygiène, qui concluait à demander à la population d'éviter la diffusion des microbes par cette voie. (*Le Matin.*)

La chèvre enragée. — Une chèvre appartenant à un potier du boulevard Saint-Jacques était mordue, il y a quelque temps, par un chien errant. Elle fut mise en observation chez un vétérinaire du boulevard de Vaugirard, qui la déclara atteinte de la rage et la confia à l'employé d'un équarrisseur du quartier Necker pour être abattue. L'employé de l'équarrisseur la mit à l'attache dans une écurie où se trouvaient des chevaux. La chèvre en mordit plusieurs. Quelques jours après, la bête enragée était vendue à un fruitier voisin, qui se mit à la traire et fit commerce de son lait. Enfin, la chèvre succombait dans un épouvantable accès rabique. Le vétérinaire qui l'avait vouée à la mort, appelé par le fruitier pour la soigner à son heure dernière, demeura stupéfait en la reconnaissant. Une enquête fut ouverte, et l'employé de l'équarrisseur, interrogé, avoua avoir vendu la chèvre qu'il devait faire abattre. Les chevaux mordus ont été mis en observation. Les clients du fruitier qui ont bu le lait de la chèvre enragée sont, naturellement, fort inquiets. On le serait à moins. (*Matin.*)

L'Esprit des autres. — *Direction de l'intention.* — ... Car, pour vous témoigner que nous ne permettons pas tout, sachez que, par exemple, nous ne souffrons jamais d'avoir l'intention formelle de pécher pour le seul dessein de pécher ; et que quiconque s'obstine à n'avoir point d'autre fin dans le mal que le mal lui-même, nous rompons avec lui ; cela est diabolique : voilà qui est sans exception d'âge, de sexe, de qualité. Mais quand on n'est pas dans cette malheureuse disposition, alors nous essayons de mettre en pratique notre méthode de *diriger l'intention*, qui consiste à se proposer pour fin de ses actions un objet permis. Ce n'est pas que, autant qu'il est en notre pouvoir, nous ne détournions les hommes des choses défendues ; mais, quand nous ne pouvons pas empêcher l'action, nous purifions au moins l'intention ; et ainsi nous corrigeons le vice du moyen par la pureté de la fin. Voilà par où nos pères ont trouvé moyen de permettre les violences qu'on pratique en défendant son honneur. Car il n'y a qu'à détourner son intention du désir de vengeance, qui est criminel, pour la porter au désir de défendre son honneur, qui est permis selon nos pères. Et c'est ainsi qu'ils accomplissent tous leurs devoirs envers Dieu et les hommes. Car ils contentent le monde en permettant les actions, et il satisfont à l'Evangile en purifiant les intentions. Voilà ce que les anciens n'ont point connu ; voilà ce qu'on doit à nos pères. Le comprenez-vous maintenant ? (Pascal, *Lettres provinciales*, t. I, p. 86 et 87.)

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de : M. le Dr Riquard (de Bordeaux). — M. le Dr Proust (de Blois). — M. le Dr Albert Perree, fils de Mme Raimond-Perrée, docteur en médecine. — M. le Dr Pietri, ancien médecin-major des chasseurs à pied de la garde impériale, est mort le mercredi 24 janvier, à son domicile, 3, rue Demours, dans sa quatre-vingt-douzième année. D'origine corse, il était cousin du fameux préfet de police et du secrétaire des commandements de l'impératrice Eugénie, Francheschini Pietri. Après avoir servi en Crimée et en Italie, après avoir été fait chevalier puis officier de la Légion d'honneur sur le champ de bataille, le Dr Pietri prit sa retraite vers 1865. Il fut alors nommé médecin du Théâtre-Italien, puis du Cirque d'Eté. — M. le Dr Duclos, maire républicain de Ferel, canton de la Roche-Bernard.

Chronique des Hôpitaux.

Hotel-Dieu. — Le Dr Lucas-Championnière : leçons de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu à dix heures, tous les jeudis. Opérations avant la leçon. Opérations abdominales le mardi. Le mercredi et le samedi visite dans les salles.

Hopital Saint-Antoine. — M. le Dr Béclère, conferences de radioscopie médicale avec presentation de malades, le dimanche à 10 heures du matin.

Clinique des affections du système nerveux. — M. Gilbert Ballet, leçons cliniques sur les affections du système nerveux et la pathologie mentale, hopital Saint-Antoine (Amphithéatre de la clinique de la Faculté), le dimanche, à 10 heures.

Hospice de Bicêtre. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. Bourneville, samedi à 9 h. 1/2. Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée); présentation de cas cliniques, etc. — *Service de* M. le Dr P. Marie. Le service de l'infirmerie de Bicêtre comprend un grand nombre de malades atteints d'affections chroniques et particulièrement d'affections du système nerveux. Ce service est ouvert aux étudiants et le samedi a lieu, a 9 h. 1/2, une visite générale au cours de laquelle le Dr Pierre Marie présente les malades les plus intéressants.

Clinique Tarnier. — M. le Pr Budin : Mardi et samedi à 9 heures, leçons à l'Amphithéâtre. — Lundi et jeudi, lecture raisonnée des observations de la semaine. — Mercredi, leçons de séméiologie obstétricale. — Vendredi, consultations des nourrissons tous les jours, à 5 heures, cours théorique d'accouchement.

Hospice de la Salpêtrière. — *Clinique des maladies du système nerveux.* — M. Gilles de la Tourette, agrégé, suppléant M. le Pr Raymond, les mardis et vendredis à 10 heures.

Hopital de la Charité. — *Service d'accouchements*, M. le Dr Maygrier, chef de service. — Enseignement des stagiaires. Visite tous les matins à 9 heures. Consultation des femmes enceintes tous les jours. Consultation des nouveau-nés le mardi. Lundi, mercredi, vendredi, lecture des observations et interrogatoire des élèves. Jeudi, leçon clinique à l'amphithéâtre. Le samedi, à 11 heures, conférence de M. le Dr Blondel chef du laboratoire. M. le Dr Maygrier a commencé ces leçons cliniques le jeudi 7 décembre 1899, à 10 heures et demie, à l'amphithéâtre Velpeau, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

PETITE CORRESPONDANCE.

Dr *Chabbert, à Royan.* — Il sera tenu compte de votre lettre dans les articles que le *Progrès Médical* va consacrer prochainement à la station maritime de Royan.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENT DE PARAITRE AU *PROGRES MÉDICAL*
14, rue des Carmes a Paris.

LE
DRESSAGE DES JEUNES DÉGÉNÉRÉS
OU
ORTHOPHRÉNOPÉDIE
Par le Dr H. THULIÉ

Tome VI de la *Bibliothèque d'Education spéciale.* Volume in-8 de IV-678 pages, avec 53 figures. — Prix : 8 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 6 fr.

ASSISTANCE ET TRAITEMENT
des idiots, imbéciles, débiles, dégénérés amoraux, crétins, épileptiques (adultes et enfants)

ASSISTANCE & TRAITEMENT DES ALCOOLIQUES

COLONIES FAMILIALES
(Aperçu critique sur l'article 2 du nouveau projet de loi portant revision de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés)

Par PORNAIN

Avec une préface de M. le Dr MAGNAN

Tome VII de la *Bibliothèque d'Education spéciale.* Un volume in-8 de IV-212 pages. Prix : 5 francs. Pour nos abonnés : 3 fr. 50

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES 71.

XXIXe ANNEE. 3e SÉRIE. T. XI. N° 5. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 3 FÉVRIER 1900.

Le Progrès Médical

SOMMAIRE. — OPHTALMOLOGIE : Quelques déterminations oculaires de la fièvre typhoïde. Névrite optique, par Edmond Kœnig. — STOMATOLOGIE : Considérations sur le rôle de l'hydrargyre dans la stomatite mercurielle. par A. Loup. — BULLETIN : Ouverture du cours de clinique chirurgicale de la Pitié : M. le Pr Terrier; Expertises médico-légales; Réformes de l'Hygiène et de l'Assistance publiques, par Bourneville. — SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie de Médecine* : Ecriture en miroir, par Marinesco; Administration de l'oxygène par l'injection trachéale d'eau oxygénée, par Mendel; Les tractions linguales, par Laborde : La chique à Madagascar, par Blanchard; Dystocie par hydrocéphalie fœtale, par Porak (c. r. par Plicque). — *Société de Chirurgie* : Adénites périappendiculaires, par Gérard-Marchant; Les parappendicites, par Quénu; De l'action antiseptique par l'eau oxgénée, par Chauvel (c. r. par Schwartz); — *Société de Médecine de Paris* : Correspondance manuscrite et imprimée; Rapport de M. Leudet sur la candidature de M. Abadie à l'honorariat; Prophylaxie des maladies vénériennes, par Buret et Jullien (c. r. par Albert-Weil). — *Société d'Obstétrique de Paris*. — *Société de Médecine publique et d'Hygiène professionnelle* : Les maladies provoquées par l'ingestion des mollusques et la salubrité des établissements ostréicoles, par Mosny (c. r. par Martha). — REVUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX : Maladie de Little, par Cestan; Le sulfate de Duboisine dans le traitement de la paralysie agitante, par Francotte; Le tétanos, par Courmont et Doyen; La distribution segmentaire des symptômes en séméiologie médullaire, par Grasset; Diagnostic des maladies de la moelle, par Grasset; L'ataxie des tabétiques et son traitement, par Riche; L'amyotrophie type Charcot-Marie, par Sainton (trav. an. par Mirallié). — THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE : L'antisepsie stomacale chez les tuberculeux. — BIBLIOGRAPHIE. — VARIA. — ENSEIGNEMENT MÉDICAL LIBRE. — FORMULES. — NOUVELLES. — CHRONIQUE DES HÔPITAUX. — BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE. — ACTES ET THÈSES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

OPHTALMOLOGIE

Quelques déterminations oculaires de la fièvre typhoïde ; — Névrite optique.

Par le Dr **Edmond KOENIG** (de Paris) (1).

Quand on parcourt les traités classiques, on est surpris de constater que les troubles de l'appareil de la vision dans les maladies infectieuses sont à peine mentionnés.

Sans avoir été méconnu, le rôle des complications oculaires a été au moins laissé au second plan, exception faite cependant pour l'influenza, la malaria, où elles ont été fréquemment signalées. Dans la rougeole, Boucher a cité un cas de cécité qu'il attribue à des troubles vasculaires des lobes occipitaux.

Woods a publié d'autres observations de névrite optique consécutive à la rougeole et aux fièvres intermittentes. Un garçon, âgé de 4 ans, avait eu une diminution considérable de l'acuité visuelle pendant la convalescence d'une attaque légère de rougeole; les pupilles, peu dilatées, réagissaient à la lumière. A l'ophthalmoscope on constata une névrite optique double et l'absence d'hémorragies rétiniennes. La terminaison fut une double atrophie. L'auteur eut l'occasion d'observer une affection analogue sur un garçon de 10 ans. La diminution de l'acuité fut remarquée dix jours après que le malade s'était levé. Deux mois plus tard, l'acuité était très diminuée et les champs visuels rétrécis. Les papilles présentaient l'aspect d'une névrite bien prononcée qui fit place à l'atrophie. Dans un autre cas, il s'agit d'un garçon de 5 ans qui avait souffert d'une attaque de fièvre; Woods constata la présence d'une double atrophie du nerf optique avec des hémorragies rétiniennes.

Pour ce qui concerne la fièvre typhoïde, on ne saurait admettre qu'une maladie, qui frappe si profondément le système nerveux, n'ait pas de retentissement sur les voies optiques. Cependant, les observations sont excessivement raros; on s'est surtout préoccupé des lésions du globe oculaire.

Quelques auteurs ont énuméré un certain nombre de symptômes dont quelques-uns, comme les hémorragies rétiniennes, sont graves. D'après M. Bull, les hémorragies rétiniennes se présentent dans la période aiguë de la maladie et peuvent précéder ou accompagner les hémorragies intestinales. Quand ces dernières sont abondantes, elles peuvent manquer au fond de l'œil, mais l'amblyopie et même l'amaurose sont observées comme dans tous les grands épanchements de sang. Dans ces cas l'atrophie des nerfs optiques est presque la règle. Je passerai sous silence les conjonctivites et les kératites phlycténulaires pour arriver à une forme de kératite, kératomalacie comme l'a appelé M. Berger. Le développement de cette affection s'explique, dit cet auteur, par la présence des altérations épithéliales et la cornée duc au dessèchement de la surface du globe oculaire. Il se fait une sorte de fêlure qui favorise l'entrée des microbes pyogènes. L'action des toxines s'exerce sur la sécheresse du sac conjonctival vers le deuxième septénaire; M. Berger l'attribue à une parésie des nerfs sécréteurs de la glande lacrymale et de toutes les autres glandes qui sécrètent le liquide lacrymal, c'est ainsi que les glandes de Meibomius sont aussi oblitérées. Il en résulte une véritable xérophtalmie.

La cornée n'est protégée que par l'intégrité de ses cellules épithéliales contre les nombreux microbes qui sont en contact avec elle. La moindre érosion la rend vulnérable, et c'est ainsi que s'explique la pathogénie des abcès cornéens dans la convalescence de la fièvre typhoïde.

Ces abcès cornéens interstitiels s'observent aussi dans la tuberculose, ils sont, dans tous ces cas, l'indice d'une intoxication générale de l'organisme. Comme dans la diphtérie, on observe une perte partielle de l'accomodation, mais la paralysie, selon M. Bull, ne serait jamais fatale.

La paralysie des muscles intrinsèques a été également observée pendant la convalescence, elle existe dans notre observation et a probablement atteint le droit interne. L'iritis plastique ou séreuse, la cyclite, la choroïdite ont été aussi signalées.

De toutes ces complications, la névrite optique est la plus importante. Son aspect est celui des névrites péri-

(1) Communication faite à la *Société d'Ophtalmologie de Paris* (séance du 9 janvier 1900).

phériques, c'est-à-dire que l'œdème de la papille est peu accusé, et jamais la névrite étranglée proprement dite n'a été notée. Sur 20 cas de fièvre typhoïde que nous avons examinés, nous n'avons trouvé que celui qui fait le sujet de notre observation. Cette faible proportion ne permet pas d'établir un pourcentage, néanmoins on peut considérer cette complication comme fort rare. Cette constatation est importante à faire en raison du pronostic qu'on doit en tirer pour la vue et l'état général, puisqu'une telle lésion implique une propagation à la base du cerveau.

Etant donné qu'au début les troubles de la vue sont peu accentués, et que les malades ne se plaignent pas à cause de leur état de prostration, l'examen du fond de l'œil devra toujours être pratiqué soit à la période aiguë, soit pendant la convalescence. Cet examen fit porter à Hartnell le diagnostic de méningite chez un jeune garçon, âgé de 11 ans, atteint d'une névrite optique double survenue au cours d'accidents généraux graves, qui n'avaient pu être nettement définis en l'absence de taches rosées lenticulaires.

A partir du second septenaire, il eut de la photophobie et de l'excitation cérébrale. Le quinzième jour, la température s'éleva et le pouls atteignit 160. Le réflexe rotulien était absent à gauche, normal à droite ; et la sensibilité présentait la même particularité.

Deux jours avant la mort, on nota une légère inégalité pupillaire, et l'ophtalmoscope fit découvrir une névrite optique caractérisée, plus prononcée à droite qu'à gauche. A ce même moment, il y eut un écoulement muco-purulent par le nez et les oreilles. Le diagnostic exclusif de méningite fut porté. L'autopsie montra les altérations classiques de la fièvre typhoïde : inflammation des plaques de Peyer, engorgement des glandes du mésentère ; le cerveau fut trouvé *sain*.

Hartnell ne manque pas de faire ressortir l'importance qu'il y a à bien connaître toutes les complications oculaires de la fièvre typhoïde, et en particulier la névrite optique dont la découverte peut faire porter un faux diagnostic, et il ajoute que cette complication est passée sous silence dans les traités classiques.

Voici notre observation :

Observation

Jeanne Breton, âgée de 23 ans, de Lanovre (Cantal).

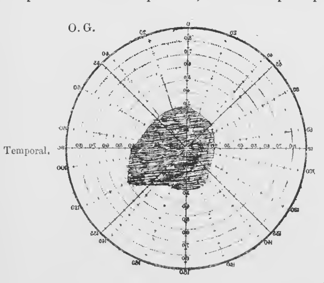
Née à terme, pas de maladies antérieures. Aucun signe de spécificité. Père et mère bien portants. Ils ont eu huit enfants dont cinq sont morts en bas âge. La mère n'a pas eu de fausses couches.

A l'âge de 20 ans, Jeanne B... a commencé à avoir des crises d'épilepsie. La première s'est déclarée à la suite d'une violente émotion. La malade a eu d'abord de grandes attaques et elles ont ensuite alterné avec de petites crises; toutes sont, en général, précédées d'aura motrice, sensitive ou sensorielle, ces deux dernières sont de beaucoup les plus fréquentes. Pas de miction involontaire. Pendant les crises, l'écume sort de la bouche et presque toujours il y a morsure de la langue. Les paroxysmes incomplets se manifestent par l'absence et le vertige et la malade en est avertie par les symptômes sensoriels qui sont des troubles visuels; elle a pu éloigner les accès en aspergeant le visage d'eau froide. Les attaques surviennent de préférence à la période menstruelle.

Au mois de décembre 1898, la malade a contracté une fièvre typhoïde grave pour laquelle elle a gardé le lit trois mois.

Pendant tout le cours de la maladie, *les crises d'épilepsie ne se sont pas montrées.*

C'est à la fin du troisième septenaire que les troubles de la vision sont apparus; ils ont été un peu plus accentuées du côté gauche d'abord, puis du côté droit. La malade a eu de la diplopie nettement caractérisée pendant un mois; elle dit que l'œil droit était en strabisme externe, sans chute de la paupière. Elle affime avoir vu double, mais ne donne pas d'indications précises sur la position exacte de l'œil strabique.



Nasal

O. D.

Temporal.

Fig. 5 *et* 6.

Etat actuel. — Faciès hébété, regard atone intertain. L'œil droit ne distingue que la lumière, le gauche a une acuité de 1/2.

L'examen ophtalmoscopique révèle l'existence d'une double névrite optique. L'infiltration blanche dépasse un peu le disque dont les bords, à droite, sont très irréguliers; veines un peu plus volumineuses qu'à l'état normal, le centre de la papille est d'un blanc nacré.

Ces signes sont moins accentués du côté gauche. Les contours de la papille sont plus nets, il n'y a pas d'encoches ni de dentelures, l'infiltration est peu apparente. Des deux côtés les artères sont normales.

Pupilles. — La droite ne réagit pas, la gauche réagit à la lumière. La droite ne se contracte pas quand elle est sollicitée par l'autre, mais elle peut faire réagir la pupille gauche, quand le faisceau lumineux tombe directement sur elle.

L'examen périmétrique donne les résultats suivants : rétrécissement de forme triangulaire un peu différent de chaque côté, scotome central relatif du côte droit, entouré de la zone obscure qui constitue les premières limites du rétrécissement, comme le montre le schéma ci-joint. Les couleurs ne sont pas perçues à droite, au niveau du scotome.

Au mois de novembre, l'acuité visuelle s'est améliorée. On note : OD = V = 1/6. — OC = V = 1/2.

Il n'est pas douteux que chez notre malade la névrite optique doive être rattachée à la fièvre typhoïde, et que ce soit au cours de cette maladie que la complication oculaire s'est développée. L'épilepsie, en effet, ne saurait être mise en cause au point de vue étiologique. Il s'agit de l'épilepsie vraie, dite essentielle, qui ne répond à aucune lésion ou à des lésions encore mal déterminées. Elle s'est présentée chez notre malade sous son aspect normal classique et n'a, à aucun moment, suscité la confusion avec l'épilepsie Bravais-Jacksonienne, où des convulsions débutent par un groupe musculaire circonscrit, et s'étendent à un membre ou à toute une moitié du corps; celle-ci est le plus souvent symptomatique d'une lésion centrale. Sans doute, l'épilepsie partielle aurait pu réclamer ses droits de priorité par la genèse de semblables accidents oculaires, mais il n'en est rien, et, d'ailleurs, l'épilepsie existait avant la fièvre typhoïde.

L'interprétation des faits ne peut laisser subsister de doutes dans l'esprit. C'est à la fin du troisième septenaire que la vue s'est troublée, et la diplopie qui est survenue peu après relève du même processus.

Quel a donc été le rôle pathogénique de la fièvre typhoïde vis-à-vis de la névrite optique? Les nerfs optiques sont atteints comme le sont un grand nombre d'autres nerfs périphériques, comme peut l'être l'axe nerveux cérébro-spinal.

Les lésions du système nerveux sont, en effet, fréquentes, mais, ainsi que le fait remarquer M. Brouardel, il n'existe pas de lésion déterminée des centres nerveux à mettre en regard des grands symptômes nerveux. Dans les paralysies périphériques on ne trouve pas de lésions anatomiques proprement dites. On observe bien la congestion méningée, la méningite purulente, mais rarement. Il peut aussi se faire un épanchement de liquide séreux à la base du cerveau et dans les ventricules latéraux.

Rien, actuellement, ne peut autoriser à rapporter les lésions du système nerveux, et en particulier la névrite optique, à l'infection spécifique par le bacille d'Eberth ou à l'infection secondaire. On ne connaît pas la toxine typhoïdique, mais d'autres agents infectieux ou leurs toxines peuvent intervenir, et l'on peut admettre une *névrite toxique* du nerf optique, du trijumeau, d'un nerf moteur oculaire, suivant les cas.

Quoi qu'il en soit, les partisans de l'origine microbienne de la névrite optique trouveront un appoint, important à leur théorie, dans les cas où la névrite optique devient une détermination de la fièvre typhoïde, surtout quand il n'existera, comme dans notre cas, aucune lésion importante de la base du cerveau. Il n'est pas moins vrai, cependant, que dans les cas où il s'est produit un épanchement séreux dans les ventricules latéraux, l'œdème qui résulte de la gêne circulatoire constitue un facteur dont le rôle s'associe à l'action microbienne.

Bien que dans l'œil droit il existe, ainsi que le montre le schéma, un scotome central relatif nous n'avons pas cru devoir adopter la dénomination de névrite rétro-bulbaire pour ne pas faire naître de confusion dans l'esprit, celle-ci étant réservée surtout aux lésions de la portion orbitaire du nerf optique, qui ressortissent à un type classique bien défini.

Néanmoins, il s'agit bien ici de névrite optique canaliculaire, périphérique si l'on adopte ce terme par opposition aux névrites de cause plus éloignée. Au point de vue clinique, les symptômes ont été ceux des névrites périphériques; un œil a été pris avant l'autre, et les lésions ont toujours été plus accentuées dans l'œil droit. De plus, les lésions ophtalmoscopiques se réduisent toujours à une infiltration légère de la papille sans trouble vasculaires très prononcés. C'est ce que nous avons constaté chez notre malade; il y a eu très peu d'infiltration.

D'autre part, le rétrécissement du champ visuel affecte la forme d'un secteur ovoïde à pointe interne et à développement externe. Du côté droit seulement, il existe un scotome central relatif, ce qui tend à prouver que le faisceau pupillo-inoculaire est intéressé, et cette lésion s'est produite à l'endroit où ce faisceau central devient périphérique, dans la portion canaliculaire du nerf optique.

On peut se demander qu'elle a été la voie suivie par l'infection. L'hypothèse d'une propagation par les sinus, et en particulier par le sinus sphénoïdal, doit être envisagée.

Avec M. Berger (1), nous rapellerons la fréquence des affections du sinus dans les maladies infectieuses, dans la fièvre *typhoïde*, la *pneumonie*, l'*influenza*. « Les altérations des sinus dans la fièvre typhoïde, dit M. Berger, ont été constatées anatomiquement par MM. Gietl (1860), Kern (1856), Vogel, Zuccharini et surtout Weichselbaum. Ce dernier a observé également que ces altérations étaient très fréquentes dans la pneumonie et dans l'influenza. Il a trouvé des pneumocoques accompagnés ou non du staphylococcus pyogènes aureus dans les sinus des personnes mortes d'influenza ou de pneumonie, et il lui semble très probable que, dans les cas de méningite, c'est par cette voie que les microbes ont pu pénétrer dans le crâne. — Pour la fièvre typhoïde, on n'a pas encore trouvé le bacille d'Eberth dans les sinus, mais on sait que même plusieurs mois après la terminaison de cette maladie, on peut le rencontrer dans les abscès sous-périostaux (Cornil). Il est possible, d'ailleurs, que d'autres microbes se greffent aussi sur les muqueuses des sinus qui sont atteintes dans la fièvre typhoïde. Quelques variétés d'affections du nerf optique, consécutives à l'influenza, ne peuvent être expliquées que par une altération siégeant en dedans du canal optique (Bergmeister), et ce sont particulièrement ces variétés qui répondent tout à fait à ce que nous savons de la névrite optique rétro-bulbaire canaliculaire. Il est probable que celle-ci provient de la propagation, à la gaine du nerf optique, de l'inflammation de la muqueuse du sinus sphénoïdal. Ce n'est pas à dire que toutes les affections des sinus soient également la cause de l'apparition de certains troubles oculaires dans toutes les autres maladies infectieuses, mais cette voie de propagation du processus vers l'organe de la vue a été établie pour la fièvre typhoïde. »

Et M. Berger cite un cas, publié par Nieden, de névralgie sous-orbitaire droite et de blépharospasme après une fièvre typhoïde suivie d'une rhinite suppurative droite. On fit la trépanation, il s'écoula du pus venant du sinus maxillaire et le tic douloureux, ainsi que le blépharospasme, disparurent.

Quel que soit le mode de processus, nous ferons remarquer qu'il n'y a eu chez notre malade aucun symptôme méningitique, et qu'elle a complètement guéri de sa fièvre typhoïde. On ne pourrait donc objecter que les lésions oculaires ne constituent que des accidents secondaires consécutifs d'une méningite suppurée de la

(1) Berger. — *Rapports entre les maladies des yeux et celles du nez.* (Doin, édit., Paris, 1892.)

base. L'hypothèse d'une imprégnation toxi-infectieuse directe des nerfs lésés est plus admissible.

Telles sont les quelques considérations qui nous ont été suggérées par le fait clinique qui s'est présenté à notre observation. Sans lui attribuer plus d'importance qu'il ne convient, nous avons voulu le retenir à cause de l'intérêt qu'il présente à certains points de vue.

—La fièvre typhoïde, comme tous les grands processus infectieux, peut donc déterminer des accidents oculaires d'une certaine gravité, parmi lesquels il faut citer la névrite optique, capable d'entraîner l'atrophie et la cécité.

— Dans les cas douteux, on ne sera plus autorisé à admettre une méningite d'une manière exclusive, quand on constatera une telle lésion des nerfs optiques.

— Cet accident oculaire se produisant quelquefois au début de la période de convalescence, il y aura lieu de réserver le pronostic au double point de vue de l'état général et de l'état local.

— Enfin, on est autorisé à admettre l'existence des névrites optiques d'origine microbienne sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir d'autres mécanismes physiologiques ou pathologiques.

STOMATOLOGIE

Considérations sur le rôle de l'hydrargyre dans la stomatite mercurielle.

Par M. A. LOUP, professeur suppléant de clinique à l'Ecole dentaire de Paris.

D'une récente communication à la Société de Médecine, faite par M. le Dr Millée sur un cas d'hydrargyrisme et de la discussion qui suivit, il nous est resté l'impression que nous n'étions pas très bien fixés sur l'étiologie et le mode de contagion de cette affection. Nous allons essayer d'en dégager ces deux points principaux aussi succinctement que possible, heureux si nous avons pu apporter quelque lumière dans le débat.

Il est généralement admis que le traitement hydrargyrique a comme conséquence la stomatite mercurielle. L'hydrargyre et ses composés jouent-ils vraiment le rôle dont ils sont accusés? Car stomatite mercurielle veut dire: état pathologique de la bouche causé par le mercure. C'est comme si nous disions angine de Lœfler pour angine diphtéritique, du nom du bacille qui produit la diphtérie. Il y a là une nuance d'étiologie qui ne manque pas d'importance, car elle peut contribuer à faire cesser l'hésitation de nombre de spécialistes dans l'administration de ce précieux médicament.

Il faut distinguer la cause déterminante de la cause efficiante. Or, la cause efficiante, germe de toute stomatite, se trouve dans toutes les bouches mal tenues, et la clinique nous a montré que le mercure était quantité négligeable, pourvu que nous réunissions dans la cavité buccale certaines conditions que nous étudierons plus loin.

Si le mercure était capable, à lui seul, de produire la stomatite, il la produirait chez tous ceux qui en font usage, sans exception, et ce n'est pas ce que nous observons dans la pratique.

On ne peut impunément ingérer un bouillon de culture ou s'inoculer un virus sans en subir les manifestations typiques. En outre, une stomatite mercurielle sera rapidement guérie par des bains de bouche au sublimé. La diphtérie guérirait-elle par des badigeonnages avec une culture de bouillon de Lœfler? Le mercure, s'il n'est primordial, a son influence en ceci: il modifie, il transforme, il prépare un terrain qui n'est déjà que trop propice en raison de la malpropreté de la bouche et de la syphilis acquise. Car il ne faut pas oublier que le sujet est le plus souvent syphilitique; nous avons observé des stomatites alors qu'on n'avait pas encore commencé le traitement mercuriel. Nous ne voulons certes pas dire que la syphilis a été le seul facteur étiologique de la stomatite, mais tout simplement qu'elle peut exister en dehors du traitement mercuriel.

La stomatite est une maladie parasitaire à forme épidémique, n'ayant d'autre étiologie que l'origine microbienne, évoluant d'emblée ou à la suite de manifestations pathologiques générales ou locales. Les fièvres éruptives, la syphilis, les modifications dans l'économie, comme la gestation, l'évolution de la dent de sagesse, les produits chimiques, mercure, plomb, cuivre, bismuth, etc., etc., peuvent être le facteur occasionnel, le coup de fouet nécessaire à l'éclosion d'un foyer jusque-là endormi. Nous savons que le mercure a été mis en cause parce que les malades accusent une saveur métallique, donnant sa caractéristique sur les pièces de monnaie, mais il faut ajouter aussi que d'autres malades accusent la même saveur métallique sans avoir de stomatite.

L'explication de ce fait nous est donnée par le mode de pénétration du mercure dans la bouche, les glandes salivaires qui en éliminent plus ou moins. Il y a non seulement une question de terrain relativement à l'absorption du mercure, mais aussi une question de thérapeutique en ce qui concerne l'administration de ce métal. Il est certain que la tolérance réside dans les trois organes principaux d'élimination; les reins, les intestins, les glandes salivaires. Or, tandis que les néphrites sont rares, les entérites, et surtout les stomatites, sont fréquentes. Il est incontestable que les reins sont les organes qui éliminent le plus de mercure: il semblerait que c'est chez eux qu'on devrait trouver le plus de lésions mercurielles, si nous ne savions que, à l'encontre des intestins et de la bouche, on n'y trouve que peu ou pas de bactéries.

La salivation anormale provoquée par le mercure semble démontrer: ou bien que les reins ne fonctionnent pas régulièrement, ou que le mercure est donné à trop forte dose. Une objection se présente immédiatement: si la stomatite n'est pas due au mercure, comment se fait-il qu'elle cesse sitot qu'on arrete le traitement hydrargyrique? Pour deux raisons bien simples: 1° on supprime le facteur rationnel, l'irritant; 2° on soigne la bouche; il eut été plus judicieux de commencer par là. Comme l'a dit très justement le Dr Jullien, à propos du cas de M. Millée, il ne faut pas commencer la mercurialisation sans avoir, au préalable, mis la bouche en bon état; et le Dr Buret a fort bien affirmé ce que nous répétons tous les jours dans nos leçons cliniques: pas de stomatite dans une bouche bien tenue et examinée attentivement pendant la durée du traitement spécifique, car le mercure est un agent puissant qui met en état de moindre résistance les cellules qu'il a tonifiées. Au point de vue de la contagion de la stomatite mercurielle, nous avouons ne pas partager les idées de quelques-uns de nos collègues.

Nous ne nions certes pas que, sur deux individus couchant dans le meme lit, et dont l'un est enduit d'une pommade mercurielle, le second puisse en absorber

d'une façon ou d'une autre, par la peau ou par les muqueuses respiratoires; mais ce doit être une rareté; d'ailleurs, il n'a pas été dit qu'on eût retrouvé du mercure chez les individus observés. De même que la présence du bacille de Lœfler est révélée dans les produits de contagion, de même on devrait toujours retrouver les traces du mercure si c'est lui le coupable.

Il en est de la stomatite dite mercurielle comme de toutes les stomatites; celle des femmes enceintes comme celle qui provient de l'évolution vicieuse de la dent de sagesse, etc.; c'est une seule et même maladie éclatant sous l'influence d'un coup de fouet différent, mais ayant la même cause originelle, la flore microbienne qui vit dans la bouche comme dans un milieu fait exprès. La stomatite, mercurielle ou autre, se communique comme toute épidémie, et un exemple frappant est l'épidémie de stomatite qui règne parfois dans les casernes. Un soldat, à la suite de l'évolution vicieuse de la dent de sagesse, fait de la stomatite, et toute la chambrée se trouve atteinte : il serait étrange de dire que tous ont attrapé l'évolution vicieuse de la dent de sagesse comme s'ils avaient avalé des pneumocoques.

Pour en revenir au cas de M. Millé, il nous semble donc qu'il ne faut pas aller chercher trop loin les rapports de deux stomatites; le mercure, s'il est pour quelque chose dans la production de la maladie chez le premier individu, n'y est pour rien dans le second — les microbes ne sont pas faits pour dormir, — nous le répétons, c'est une contagion pure et simple, quelle qu'ait pu être la cause adjuvante.

De même qu'il y a des syphilis malignes, il y a des stomatites d'une grande ténacité, d'une virulence extrême. La contagion d'homme à homme suit les lois ordinaires en pareil cas. Les terrains les mieux préparés, soit par leur faiblesse générale, soit par leur malpropreté buccale, seront les premiers atteints; et, dans ces conditions, rien d'étonnant à ce qu'une femme, qui partage le lit de son mari, soit atteinte de la même stomatite par l'intermédiaire du baiser, par exemple, sans qu'on soit obligé de faire intervenir le mercure pour expliquer cette contagion. Nous conclurons donc ainsi : le traitement hydrargyrique doit être précédé du traitement buccal; une ou deux séances seront nécessaires pour procéder à la toilette de la bouche. Il est de toute nécessité de ne pas laisser de tartre au collet des dents, car celui-ci provoque des petites ulcérations suffisantes pour donner accès aux microbes de la bouche, pas plus qu'il ne faut laisser, dans les caries avancées, les détritus infects qui s'y trouvent. Le curetage et le lavage antiseptique seront faits pendant ces deux séances, après lesquelles le traitement spécifique pourra être commencé, concurremment avec les soins de la bouche qui doivent être très minutieux. Toutes les caries devront être traitées et obturées, toutes les racines seront soignées ou extraites de façon à ne laisser aucun nid à microbes, ni bords aigus susceptibles de provoquer des ulcérations linguales. En outre, le malade doit faire un traitement que nous avons institué ainsi :

1° Poudre dentifrice deux fois par jour, le matin et le soir, avec une brosse dure.

Carbonate de chaux pulverise . . .	20	grammes.
Sal ol	2	—
Magnesie calcinee	6	—
Chlorate de potasse. . . .	2	—
Anis pulverise	1	—

2° Bains de bouche matin et soir pendant cinq minutes.

Sozoiodol de zinc.	25	grammes.
Eau distillée.	250	—

1 cuillerée à dessert dans un demi litre d'eau bouillie.

3° Chlorate de potasse	4	grammes.
Potion gommeuse.	125	—

Une cuillerée à dessert le soir en se couchant, au moins pendant les trois ou quatre jours qui suivent l'administration du mercure.

Les proportions varieront, cela va sans dire, selon l'état de la bouche. Il est bon de redoubler de précautions aux périodes menstruelles.

En outre, nous recommandons le lavage de la bouche, après chaque repas, avec de l'eau de Vichy.

Nous avouons même que ce sont là des précautions exagérées, mais il ne faut pas perdre de vue que les sujets à stomatites sont des anémiés ou des malpropres, et qu'à des points de vue différents il faut surveiller attentivement leur bouche.

Et maintenant, continuons à donner le mercure, sans oublier toutefois que c'est un poison; s'il a pu produire des accidents graves, mortels parfois en dépit des précautions prises — ce qui est rarissime, on me l'accordera — songeons que mille accidents ou maladies peuvent entraîner la mort, à commencer par la syphilis.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Ouverture du cours de clinique chirurgicale de la Pitié : M. le Pr Terrier.

Mardi, 30 janvier, à 9 h. 1/2, M. le Pr Terrier inaugurait son cours de clinique chirurgicale à l'hôpital de la Pitié. M. Terrier a tout d'abord exposé les raisons qui lui avaient fait accepter le cours de médecine opératoire; il voulait le réorganiser et le rendre plus utile et moins onéreux à la Faculté. Une entente préalable avec M. le Pr Berger, lui a permis de permuter et d'occuper la chaire de clinique chirurgicale, à laquelle il avait droit; la décision du Conseil municipal de Paris, qui vient de nommer une Commission pour améliorer les hôpitaux, n'est pas étrangère à sa détermination. M. Terrier critique sévèrement l'organisation matérielle de son nouveau service à la Pitié et, du reste, celle de tous les hôpitaux parisiens. Il fait remarquer le manque absolu de sens pratique qui a présidé à leur installation et rappelle le mot de Malgaigne sur l'Hôtel-Dieu ?), ce Versailles de la misère. Lorsqu'on a eu l'occasion de voyager et de comparer, on est honteux de l'organisation hospitalière de Paris et, lors de l'Exposition, le mieux serait de fermer nos hôpitaux aux étrangers, pour éviter tout parallèle où notre infériorité serait par trop manifeste : *c'est notre avis absolument*. L'Administration et le Conseil municipal, à trois mois de l'Exposition, n'ont rien fait!

Cette infériorité tient au manque de propreté inné en France, c'est un de nos nombreux préjugés et des plus difficiles à déraciner. En outre, puisqu'il en est au chapitre des défauts, M. Terrier s'élève contre cette tendance inhumaine qui consiste à regarder le malade, dans un hôpital, comme un paria auquel on fait la charité des soins qu'on veut bien lui donner. Les soins hospitaliers sont dus au malade, il a droit à l'assistance, c'est lui qui, indirectement, la paie, et chefs de service,

internes, externes, étudiants et personnel, doivent le respecter. Le soigner est un devoir et non une aumône. Il faut que chacun se fasse une idée plus juste et plus moderne de l'assistance à l'hôpital.

M. le Pr Terrier continuera à la Pitié, comme à Bichat, d'appliquer la méthode aseptique; il n'emploiera que fort rarement l'antisepsie. Cette méthode aseptique lui a toujours donné de très bons résultats ; il a pu, dans ses voyages, et notamment à Saint-Pétersbourg, juger de son excellence. Pour la mettre en pratique, il ne faut ni matériel coûteux, ni appareils compliqués, elle se résume en une minutieuse propreté.

Telles sont les idées que M. le Pr Terrier a développées dans son premier cours de clinique, aux applaudissements d'un nombreux auditoire. Espérons que son énergie et sa volonté amèneront la transformation du vieil hôpital de la Pitié qui forme, hélas ! à bien des points de vue, un contraste frappant avec le rêve du savant professeur de clinique chirurgicale.

Expertises médico-légales.

Elles laissent toujours beaucoup à désirer. Public, police, magistrature et quelquefois aussi les médecins, n'ont pas, autant qu'il conviendrait, une idée exacte de ce qu'il faut faire en cas d'accident, de tentative de suicide, de crime, etc. Le public est excusable, car il craint de se compromettre ou de s'attirer des reproches, formulés parfois en termes peu parlementaires, en intervenant d'une façon active. La preuve nous en est fournie une fois de plus par le fait suivant :

Un clerc d'huissier de Breteuil, envoyé par son patron pour faire des recouvrements dans les campagnes environnantes, est tué et volé, auprès de la commune de la Guéroulde, le 15 janvier. Son cadavre est découvert par un passant à 6 h. 45 du soir. Le maire, prévenu, vint aussitôt et envoya prévenir la gendarmerie et le juge de paix de Breteuil. Ce dernier, qui avait, avec lui, le Dr Lahaye, exigea qu'on ne touchât pas au cadavre avant l'arrivée des magistrats d'Evreux, avertis par télégramme.

« C'est ainsi, dit le *Journal de Rouen*, que, à la profonde consternation des témoins qui ne cachaient pas leur façon de penser, le pauvre mort fut laissé dans le fossé, la tête plongeant en partie dans une flaque d'eau. Défense d'y toucher : un service de garde était établi avec consigne d'y veiller toute la nuit. Chose inouïe, le cadavre est resté *pendant douze heures* étendu sous la pluie qui n'a presque pas cessé de tomber ; et personne parmi les autorités judiciaires présentes n'avait même songé à le faire couvrir ! »

D'où il suit que des instructions précises devraient être données aux juges de paix sur leur conduite en pareilles circonstances. Il nous semble que ces magistrats devraient avoir pleins pouvoirs pour procéder avec soin aux relevés indispensables, avec l'assistance du maire, des gendarmes et le concours du médecin. Ce qu'aurait dû faire le juge de paix l'a été, à 6 heures du matin, par l'adjudant de gendarmerie d'Evreux, faisant fonction de commandant. Il n'a pas hésité à relever immédiatement le corps qui a été transporté dans le dépôt des pompes de la commune où, dans l'après-midi, l'autopsie a été pratiquée par le Dr Devoisins, amené par le parquet d'Evreux.

Nous pensons que, dans des cas semblables, le médecin peut prêter aux magistrats un concours des plus utiles pour la description du corps, de son attitude, de l'état de la rigidité, etc., et qu'une fois la description faite, il n'y a plus d'inconvénient à enlever le cadavre, le mettre à l'abri dans des conditions décentes. B.

Réformes de l'Hygiène et de l'Assistance publiques.

Le *Conseil d'hygiène* de Draguignan, dans sa séance du 15 janvier, après en avoir délibéré, a émis les vœux suivants qui méritent l'attention de nos lecteurs, et qui pourraient être proposés aux Conseils d'hygiène dont un certain nombre d'entre eux font partie.

« 1° Que la loi d'hygiène publique déposée depuis plusieurs années soit adoptée par les Chambres ;

2° Que l'Etat subventionne les communes pour l'établissement des réseaux d'égoût;

3° Que les services d'assistance et d'hygiène soient centralisés sous une même direction dans chaque département, en mettant, à la tête de ces services des spécialistes qui auraient qualité, pour prescrire les mesures d'hygiène que la situation des localités comporte. »

La centralisation réclamée avec raison pour les services d'assistance est loin d'être réalisée à Paris et dans le département de la Seine.

C'est, au contraire, vers la multiplicité de ces services que l'on paraît s'orienter. En effet, à côté de l'Assistance publique de l'avenue Victoria, il y a une partie de l'assistance qui dépend de la direction des affaires municipales, une autre de la direction des affaires départementales, enfin une autre de la Préfecture de police. Le public, simpliste, s'imagine que tous les services d'assistance dépendent de l'Administration *générale* de l'Assistance publique, située avenue Victoria. Aussi, quand il arrive un accident dans l'un des services ressortissant des trois autres administrations, il incrimine le directeur de l'avenue Victoria, qui n'en est nullement responsable. Cette multiplicité des services offre de nombreux inconvénients pour les malheureux de toutes les catégories, pour leurs familles et aussi pour les contribuables qui ont à payer des fonctionnaires et des employés de plus en plus nombreux. Pour certains, et nous en sommes, le gouvernement républicain devrait être le moins coûteux : nous sommes loin de marcher dans cette voie. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 30 *janvier* 1900. — PRÉSIDENCE DE M. LE Pr PANAS.

L'écriture en miroir.

M. MARINESCO présente un cas très curieux d'écriture en miroir chez un neurasthénique. Ce malade était très impressionnable et offrait du tremblement « quand, en l'examinant, dit M. Marinesco, j'ai vu que ses mains tremblaient; j'ai voulu me rendre compte si ce tremblement se manifestait dans son écriture. Je l'ai donc prié d'écrire, et mon étonnement fut grand en le voyant écrire spontanément de droite à gauche et en miroir ; écriture qui s'est produite non seulement pour le roumain, mais encore pour le français et l'allemand. La même écriture apparaissait soit que le malade copie ou qu'il écrive sous dictée. L'écriture des chiffres était également en miroir. Si on lui disait de tracer des mots sur la terre en se servant du

pied gauche, les mots écrits l'étaient inversement, c'est-à-dire en miroir. Nous avons fait une expérience plus curieuse encore. Notre malade étant juif et connaissant l'hébreu, nous l'avons prié d'écrire quelques mots de la main gauche et de droite à gauche, c'est-à-dire dans le sens de l'écriture de cette langue. Or, nous avons constaté que cette écriture n'était pas intervertie; mais si, au contraire, le malade écrit de la même main, mais de gauche à droite, alors l'écriture est en miroir. Il n'y a que pour la copie d'un dessin que l'image n'est pas intervertie. A notre question pourquoi il écrivait de la main gauche et en miroir, il nous a répondu que c'est une tendance irrésistible et que c'est comme cela qu'il voit l'image des lettres. J'ai retrouvé, comme d'autres auteurs du reste, l'écriture en miroir chez d'autres malades atteints d'hémiplégie droite avec ou sans aphasie, dans deux cas de crampe des écrivains, et plus rarement encore chez des personnes saines que j'ai priées d'écrire de la main gauche. Jusqu'à présent je n'ai rencontré personne écrivant d'une manière irrésistible en miroir comme mon malade. Aussi je pense que, chez lui, cette écriture en miroir est la conséquence d'une perturbation de la vision mentale associée à une déviation constante dans la direction des mouvements nécessaires à l'écriture.

Administration de l'oxygène par l'injection trachéale d'eau oxygénée (bioxyde d'hydrogène).

M. MENDEL a employé dans la tuberculose les injections intra-trachéales d'eau oxygénée à vingt volumes. Deux injections journalières, de 12 c.c. chacune, sont bien tolérées. Ce procédé peut servir dans tous les cas où l'oxygène est indiqué.

Les tractions linguales.

M. LABORDE présente deux appareils très ingénieux assurant automatiquement ces tractions pendant plusieurs heures consécutives.

La chique à Madagascar.

M. BLANCHARD présente deux mémoires des Drs CLAIR et JOLY signalant de nombreux faits de lésions dues à la chique et observés à Madagascar. Ce parasite, autrefois inconnu dans l'île, est devenu un véritable fléau.

Dystocie par hydrocéphalie fœtale.

M. PORAK présente un fait intéressant dû à M. NARICH (de Smyrne). L'hydrocéphalie fœtale est, en cas de tête dernière, une cause très intéressante de dystocie. Le traitement est très simple. La ponction du rachis, suivant le conseil de Tarnier, permet l'écoulement du liquide et lève l'obstacle. Le diagnostic a donc une grande importance, car, faute de l'avoir posé, des médecins se sont livrés à des manœuvres non indiquées, infructueuses et redoutables.

Elections.

MM. KAPOSI (de Vienne), ERB (d'Heidelberg) et HANSEN (de Bergen) ont été élus correspondants étrangers (1re division).

Liste de présentation des candidats à une place vacante de membre titulaire dans la section d'accouchement : En 1re ligne, M. Doléris. En 2e ligne et par ordre alphabétique, MM. Bas, Champetier de Ribes, Maygrier, Varnier.

A.-F. PLICQUE.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 janvier 1900. — PRÉSIDENCE DE M. POZZI.

Adénites périappendiculaires.

M. GÉRARD-MARCHANT. — J'ai observé trois faits d'adénite périappendiculaire. Dans le premier cas, il s'agissait d'une malade que m'envoyait M. Dieulafoy et qui avait présenté plusieurs crises d'appendicite. Elle présentait alors dans la fosse iliaque une tuméfaction douloureuse et subissant des variations. Je diagnostiquai une affection de nature tuberculeuse en raison des antécédents de la malade, et j'opérai. L'appendice parut sain. Je le réséquai, mais dans la région prœcæcale je trouvai une masse formée de deux ganglions de volume inégal. Leur énucléation fut facile, car il n'y avait pas d'adhérences. L'examen microscopique fait par M. Dieulafoy confirme la tuberculose. Les deux autres observations reproduisent à peu près la première, sauf que les ganglions ne purent être extirpés, car ils étaient prêts à s'ulcérer. De plus, l'appendice présentait ici de légères lésions de périfolliculite. L'intérêt de ces adénites est extrême, leur nature est probablement tuberculeuse, quoique ce ne soit pas démontré. En tous cas, on ne peut les rapporter à l'appendicite, car dans mes trois cas un appendice était absolument sain, les deux autres ne présentaient que des lésions minimes. Quel est donc le point de départ de cette adénite? Peut-être une ulcération siégeant sur le cæcum ou l'iléon.

M. JALAGUIER. — Une seule fois j'ai vu une adénite, non pas prœcæcale, mais dans l'angle iléo-cæcal. J'ai cru à une lésion tuberculeuse, mais on n'en trouva pas de traces microscopiquement. Je crois que ces adénites ont pour point de départ l'appendice. Les lésions appendiculaires peuvent être fugaces, transitoires et disparaître sans laisser d'autres traces que les ganglions. De plus, je fais jouer un rôle particulier à cette adénite lui rapportant la constance du point de Mac Burney.

Les parappendicites.

M. QUÉNU. — J'appelle ainsi des péritonites partielles localisées autour de l'appendice, mais sans lésions de ce dernier. Je les distingue des périappendicites, dont le point de départ est l'appendice, et des pseudo-appendicites, fantôme de l'hystérie, du saturnisme (etc.). Ce sont en un mot toutes les lésions développées autour de l'iléon et du cæcum, périiléites, pérityphlites et adénites dont le point de départ se trouve dans le follicule clos du cæcum et de l'iléon (entérites grippale, typhique, etc.). L'intérêt pratique est le suivant : quand au cours d'une opération d'appendicite on trouve l'appendice sain, il faut examiner soigneusement la région iléo-cæcale où, comme dans une de mes observations, on peut trouver une perforation.

De l'action antiseptique de l'eau oxygénée.

M. CHAUVEL fait un rapport sur une observation de M. Dubujadoux concernant un phlegmon diffus de la jambe s'étendant, malgré des incisions multiples, et arrêté dans son évolution par des injections sous-cutanées d'eau oxygénée à son pourtour.

M. TERRIER. — Cette observation n'a pas grand intérêt au point de vue de l'action antiseptique de l'eau oxygénée, car il n'y a pas eu d'examen bactériologique. Or, je n'emploie l'eau oxygénée que lorsque ce dernier m'a révélé l'existence de microbes anaérobies. Dans ce cas, son action est très puissante.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.— De tous les antiseptiques, le plus puissant est l'eau oxygénée, et ceci pour toutes sortes de microbes, qu'ils soient aérobies ou anaréobies. On ne peut restreindre son emploi, car on ne connaît pas son mode d'action. Il se produit des phénomènes très complexes qui aboutissent à la réduction de toutes ces matières vivantes, c'est-à-dire à la destruction de n'importe quel microbe.

M. ALBARRAN. — Je suis de l'avis de M. Terrier et j'obtiens d'excellents résultats en traitant par l'eau oxygénée les infiltrations d'urines gangréneuses à microbes anaérobies.

M. QUENU. — Guidé par les mêmes idées que M. Terrier, j'emploie l'eau oxygénée pour lavages de rectum cancéreux avant l'opération. J'évite ainsi ces phlegmons particuliers post-opératoires, où la peau est molle et le contenu couleur feuille morte, phlegmon que n'empêchaient ni le permanganate de potasse, ni l'eau boriquée.

M. TUFFIER. — Je pense pouvoir expliquer le mode d'action de l'eau oxygénée. Les plaies pulmonaires ne supportant aucun liquide, ne peuvent être désinfectées directement. J'ai observé, et c'est ainsi que je traite les pneumotomies pour gangrène, qu'elles l'étaient très bien par un courant d'oxygène. De même les fistules cutanées bronchiques, où passe sans cesse un courant d'air, guérissent très facilement. J'en conclus que l'eau oxygénée agit par l'oxygène qu'elle contient.

SCHWARTZ.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 27 janvier 1900. — PRÉSIDENCE DE M. RICHELOT.

La séance est ouverte à 4 h. 15; le procès-verbal de la dernière réunion est lu et adopté.

CORRESPONDANCE IMPRIMÉE. — Revues et journaux habituels; bulletin statistique et administratif de la ville de Saint-Etienne. — *Les stations hivernales du littoral et les sanatoria pour tuberculeux*, par le Dr Bedoin, de Nice.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE. — 1° Lettre de M. Guépin s'excusant de ne pouvoir venir à la séance et demandant qu'on retire provisoirement sa communication de l'ordre du jour.

2° Lettre de candidature, pour le titulariat, du Dr Henri Voisin, fils de l'ancien président de la Société (parrains : MM. Jullien et Buret).

3° Lettre du Dr Grasset accompagnée d'un pli cacheté.

Dans sa lettre, M. Grasset dit qu'il dépose ce pli pour prendre date relativement à un sérum antidiphtéritique qui ne présente aucun danger. Sa santé ne lui permettant pas de poursuivre actuellement ses expériences, l'auteur est tout disposé, dans l'intérêt de la science, à autoriser l'ouverture du pli et à donner les indications nécessaires à tout médecin désireux d'expérimenter et d'étudier ce procédé, après demande préalable à la Société de Médecine de Paris.

4° Lettre du Dr Bousquet remerciant la Société de son élection comme membre associé résidant.

Rapport de M. Leudet sur la candidature de M. Abadie à l'honorariat.

Messieurs,

Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport sur la demande d'*honorariat* que vous a faite M. ABADIE.

Que pourrais-je vous dire que vous ne sachiez aussi bien que moi?

Les titres scientifiques et professionnels de notre collègue sont d'une notoriété telle qu'il me paraît inutile, en ce moment, de vous les rappeler. Par ses travaux et sa vaste pratique, M. ABADIE a su se frayer, en dehors des sphères officielles, un chemin qui mène au premier rang.

S'il est devenu un de nos ophthalmologistes les plus consultés, il le doit à la sûreté de son diagnostic, à sa prompte et ferme décision dans toute intervention thérapeutique, qu'elle soit d'ordre médical ou d'ordre chirurgical, à son habileté opératoire, à la droiture de ses relations confraternelles.

La part active qu'il a prise à vos travaux pendant plus de 25 ans, les mémoires dont il a enrichi nos Annales, et sa haute courtoisie le désignaient à vos suffrages pour le poste le plus élevé dont vous disposez, celui de président. M. ABADIE a occupé ce poste en 1890; il était membre *titulaire* depuis 1873.

Il est, vous le voyez, dans les conditions requises par le règlement, pour qu'il soit fait droit à sa demande; et je remplis une simple formalité, en vous proposant de lui décerner le titre de membre *honoraire.* Je ne formulerai qu'un vœu, et j'espère qu'il sera entendu : celui de revoir, le plus souvent possible, au milieu de nous, le collègue que tous nous aimons et estimons.

Les conclusions favorables de ce rapport sont adoptées; le vote aura lieu à la prochaine séance.

M. JULLIEN lit une communication, en réponse à M. Buret, sur la prophylaxie des maladies vénériennes. (*Sera publié.*)

M. BURET remercie M. Jullien de sa deuxième et non moins intéressante communication sur ce sujet qui est toujours d'actualité. Il apprécie toute la valeur des arguments de son excellent collègue, mais il regrette de ne pouvoir partager complètement ses espérances optimistes, tant à l'égard des prostituées que de ceux qui s'adressent à elles. Il craint que M. Jullien ne s'abuse un peu sur les effets des principes de morale prêchés aux filles enfermées dans les maisons de correction, écoles de vice; à peine ces bons conseils sont-ils efficaces, et encore! pour celles qui n'ont pas débuté. Quant aux besoins sexuels moins vifs à 21 ans qu'à 18, M. Buret aurait plutôt cru le contraire. Il craint également que les ouvriers ne sortent pas très convaincus des conférences où l'on chercherait à leur démontrer que le coït n'est pas indispensable.

M. LOUP. — **Considérations sur le rôle de l'hydrargyre dans la stomatite mercurielle.** (*Voir page* 68.)

M. MONEL rappelle que, tout récemment, M. Lereboullet, dans le *Journal de Médecine et de Chirurgie*, a rapporté le cas d'un saturnin, légèrement albuminurique, à qui une piqûre de calomel donna une stomatite effroyable; il semble bien que la stomatite soit survenue parce que le mercure n'a pu être éliminé par le rein.

M. JULLIEN rappelle que le cas de stomatite mercurielle relaté par M. Suarez de Mendoza s'accorde mal avec l'étiologie admise par M. Loup : le baiser n'était pas la voie de contage, mais bien la peau. La stomatite se produisait chaque fois que la femme enlevait un maillot qu'elle mettait pour protéger ses téguments.

Il ajoute qu'il faut être très sobre de piqûres de calomel chez les malades atteints d'affections rénales.

M. BURET signale le cas d'un malade qu'il a observé avec M. Jullien et qui a reçu d'innombrables injections d'huile grise. Ce malade, pour une syphilide palmaire et une glossite rebelles — qui ont guéri d'ailleurs — a pu recevoir, à plusieurs reprises, jusqu'à 12 et 15 injections — la première série fut de 19 — et cela sans avoir la plus légère stomatite. Ceci se passait il y a 5 ou 6 ans. La bouche est saine et bien entretenue. Or, l'année dernière, sans qu'on sache pourquoi, ce malade eut, après la septième injection, une intoxication grave caractérisée par de l'entérite, puis une stomatite assez sévère quelques jours après. Les derniers accidents syphilitiques, rebelles jusque-là, disparurent définitivement. M. Buret se propose de communiquer cette observation à la Société. Dans le cas présent, sans vouloir contredire M. Loup et nier l'action du microbe, il en conclut que le mercure peut aussi agir tout seul.

M. LOUP croit que sa théorie peut s'accorder avec le cas de M. Lereboullet. Les microbes de la bouche peuvent voir leur virulence s'exalter plus facilement encore, quant à la syphilis s'ajoute une autre affection telle que le saturnisme.

La séance est levée à 5 heures 45.

Un des secrétaires annuels,
E. ALBERT-WEIL.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE DE PARIS.

Séance du 18 janvier 1901.

Sur un cas d'infection du liquide amniotique et du fœtus.

M. PERRET. — Il s'agit d'une femme primipare arrivée au terme de sa grossesse. Après un travail de 18 heures, la dilatation du col mesurait 5 centimètres malgré des contractions très énergiques. Comme les bruits du cœur fœtal s'étaient très ralentis, on voulut procéder à l'extraction du fœtus. La poche des eaux intacte jusqu'alors fut rompue, et il s'écoula un liquide verdâtre d'odeur infecte. Après des manœuvres de dilatation nouvelle du col, on pratiqua une application du forceps qui permit d'extraire un enfant vivant. Ce dernier succomba quelques jours plus tard en présentant des phénomènes infectieux (température élevée, ictère, hémorragies).

M. BAR. — Beaucoup de ces œufs s'infectent par la voie placentaire. Il est à remarquer que dans aucun de ces cas d'infection, qui ont été rapportés jusqu'ici, on n'a trouvé de gaz dans l'œuf alors que les membranes étaient intactes. Comme dans aucune de ces observations on n'a fait l'examen bactériologique, la vieille opinion qui veut qu'il n'y ait pas d'infection sans rupture des membranes, n'est pas ébranlée.

Présentation d'un nouveau basilyste-tracteur.

M. H.-R. SIMPSON (d'Edimbourg), présente un appareil broyeur qui est simple, léger et d'un maniement facile. Cet instrument a l'aspect d'un cranioclaste, dont la branche pleine aurait été remplacée par un basilyste. Il existe une vis de compression et une vis d'ajustement.

Fibrome du segment inférieur faisant obstacle à l'accouchement. Résorption spontanée en trois semaines.

M. R. BLONDEL. — Je fus appelé, le 25 mars 1899, auprès d'une primipare de 31 ans, en travail depuis vingt-huit heures

chez qui le médecin, malgré trois applications de forceps, ne pouvait arriver à terminer l'accouchement. La tête était dans le petit bassin. Les battements du cœur étaient faibles et ralentis; le liquide amniotique était teinté. Il n'y avait presque plus de douleurs depuis trois heures. J'administrai 0 gr. 25 cent. de sulfate de quinine, et fis une nouvelle application de forceps. Après une assez longue attente, je fus assez heureux, les contractions se réveillent pour dégager la tête et extraire un enfant en état de mort apparente, que la flagellation et l'insufflation ranimérent au bout de dix minutes. La délivrance se fit sans accidents. Le toucher, pratiqué aussitôt après la délivrance, révéla l'existence d'une masse charnue, du volume du poing, se présentant à l'orifice interne et que l'on eut pu un instant prendre pour la tête d'un second fœtus. C'était un fibrome du volume d'une orange, inséré sur la partie postérieure du segment inférieur. J'avais prévenu la malade d'une possibilité d'une intervention ultérieure, en raison de l'existence de ce fibrome, quand je l'examinai trois semaines plus tard, il n'en restait plus aucune trace. Charpentier et d'autres auteurs ont déjà rapporté des faits de ce genre. Je crois que, dans ce cas, le fibrome a été une cause plutôt indirecte que directe de la distocie, en rendant inégales et infructueuses les contractions de l'utérus qui se trouva épuisé avant l'expulsion. L'administration de la quinine, en réveillant les contractions, fut aussi utile que le forceps; il ne faut pas oublier que le myome était composé de fibres musculaires, entre en contraction en même temps que l'utérus et diminue de volume à ce moment. D'ailleurs,la tête était engagée quand je vis la malade, le fibrome avait évidemment accompli, à ce moment son « *ascension* comme disait Tarnier », dans le petit bassin et ne devait plus guère causer de gène que pour l'engagement des épaules.

La transmission intra-utérine de l'immunité vaccinale.

MM. Bar, Béclére, Chambon, Ménard et Coulomb. — La vaccination des femmes enceintes avec du vaccin de virulence éprouvée, pratiqué même pendant les derniers mois de la grossesse, quel que soit le nombre et le succès des inoculations, n'attire pas d'une manière constante et certaine la transmission intra-utérine de l'immunité vaccinale de la mère à l'enfant. La vaccination des femmes enceintes, quand elle est suivie de la transmission intra-utérine de l'immunité vaccinale de la mère à l'enfant ne donne à ce dernier qu'une immunité très peu durable, comparable à celle que confèrent les sérums immunisants, mais inférieure à l'immunité qui suit chez le nouveau-né l'inoculation sous-épidermique du vaccin. Pour assurer aux nouveau-nés le bénéfice de l'immunité solide et durable que donne seule l'inoculation sous-épidermique du vaccin, il est donc préférable de ne pas vacciner les femmes en état de gestation, si toutefois elles ne sont pas exposées à la contagion de la variole, bien que la vaccination n'ait pour les femmes enceintes aucun inconvénient. Pendant les épidémies de variole, tout au contraire, la vaccination des femmes enceintes est une mesure qui s'impose pour le salut des mères et des enfants.

Présentation d'un monstre.

MM. Chambrelent, Marcourt et Triboudeau. — Cet enfant, qui possède deux colonnes vertébrales et deux systèmes nerveux, était mort, mais nullement macéré. L'accouchement de ce monstre donna lieu à un cas de dystocie qui présenta des caractères particuliers, la présentation étant un siége sur lequel on exerce des tractions. Il ne survient de difficultés qu'au moment du passage du cou, la manœuvre de Mauriceau ayant été rendue absolument impossible. L'opérateur, ayant reconnu la présence d'une deuxième tête, introduit sa main tout entière dans les parties génitales et ramena la première tête en bas et en avant, en la faisant glisser derrière le pubis.

En raison de la lassité du cou, cette manœuvre put être exécutée sans grande difficulté; ce qui permit ensuite de faire passer la deuxième tête. Le poids de ce monstre était de 3,400 grammes. M. Chambrelent en présente le moulage, la radiographie et les photographies représentant la manœuvre qui à permis de terminer cet accouchement laborieux.

Rétraction de l'anneau de Bandl.

M. Budin. — Cet anneau, appelé encore par Scheidez anneau de contraction et par Barbou anneau de rétraction, ne se contracterait pas isolément, d'après les travaux de M. Veil, qui admet que la contracture est toujours accompagnée d'une rétraction persistante du reste du corps de l'utérus. Pour M. Budin, cette rétraction peut exisister isolément; ce qui a des conséquences importantes au point de vue pratique, la conduite pendant les interventions étant différente dans les deux cas. A l'appui de cette opinion, M. Budin rapporte un certain nombre d'observations dans lesquelles la contraction a été uniquement l'obstacle dystocique siégeant en ce seul point, et pendant les manœuvres d'extraction on eut à lutter uniquement contre la résistance de cette bande musculaire. M. Budin rappelle que ce n'est pas seulement depuis Bandl qu'on a noté cet obstacle à l'accouchement, car dans Jacquemie il est déjà question d'un arrêt siégeant à ce niveau. Cet anneau n'existe que pendant la contraction et il relâche quand il y a relâchement de la paroi utérine. Mais ce n'est pas absolument général, et on peut dire que ce n'est qu'une question de degré dans la contraction et dans la rétraction.

M. Demelin est de l'avis de M. Veil, mais il montre qu'on peut concilier les opinions de M. Veil et de M. Budin, tout au moins dans une certaine mesure. Il existe dans les rétractions concomitantes du corps utérin et l'anneau de Bandl une résistance bien plus marquée au niveau de l'anneau. A l'appui de cette opinion, M. Demelin rappelle qu'il a publié un certain nombre d'observations, dans le *Journal d'obstétrique*, sur ce sujet. Il se souvient d'un cas où l'application de forceps sur la tête dernière a été rendue très difficile par suite de la rétraction de l'anneau de Bandl; il a vu survenir une rupture utérine dans un cas analogue.

M. Keiffer apporte, à l'appui de la doctrine de M. Budin, des expériences physiologiques de contraction électro-utérine chez la chienne curarisée. Il a vu produire, sous cette influence, la tétarnisation d'une région limitée de l'utérus.

M. Veil est très intéressé par les faits rapportés par M. Budin et par ses élèves, mais il déclare que, dans tous les cas qu'il a observés il a toujours constaté que la rétraction du corps accompagnait toujours celle de l'anneau de M. Bandl.

Fibrome utérin volumineux compliqué d'une grossesse de cinq mois.

M. le Dr Keiffer (de Bruxelles). — Bien que l'expectoration soit la conduite habituelle tenue par lui dans la majorité des cas de tumeurs fibreuses et grossesse, il a un devoir, faire l'amputation utéro-ovarique à raison de circonstances anatomiques telles, que l'accouchement à terme paraissait impossible. En effet, la néoplasie occupait non seulement tout le petit bassin, où elle était fixée, mais elle remontait jusqu'au colon transverse et à la grande courbure de l'estomac, où elle avait contracté des adhérences. La paroi antérieure formait, presqu'à elle seule, la zone dilatable utile de l'organe, de sorte qu'elle était arrivée au cinquième mois à être d'une minceur extraordinaire. La laparotomie confirme le diagnostic et les craintes que l'on avait d'une rupture utérine. La tumeur gravide put être enlevée en masse; la malade opérée, il y a treize jours est actuellement guérie, n'ayant présenté d'autres symptômes post-opératoires que de légers troubles cardiaques pour lesquels la spartéine fut d'une utilité des plus manifestes.

M. Keiffer montre par des *projections lumineuses diverses préparations microscopiques intéressant l'anatomie et la physiologie génito-urinaire.* Les premières reproduisent un fibrome utérin interstitiel chez la chienne tendant à devenir sous-muqueux par suite du développement du tissu vasculaire periphérique; également un fibrome utérin chez la femme tendant également à devenir sous-muqueux par le même mécanisme. Dans une autre série d'ouvrages photographiques, l'auteur expose les détails histologiques qui se passent dans la muqueuse utérine, au cours de la menstruation; on voit la dilatation des vaisseaux capillaires, l'état de nutrition spéciale des glandes tuberculeuses, la diapédèse des globules rouges, quittant les capillaires et se frayant un passage entre les cellules épithéliales des glandes, pour tomber dans la cavité de celle-ci et, de là, dans la cavité utérine. Il montre

enfin que le phénomène cataménial chez les mammifères est un acte sécrétoire avec diapédèse hématique, et que cet acte ne s'accompagne pas de lésions histologiques tout au moins dans les conditions normales de structure utérine.

Pour terminer, M. Keiffer montre une série de préparation représentant la vascularisation du mérite et de la muqueuse vésicale. Pour cet auteur, il faudrait faire jouer un rôle considérable, dans la nutrition aux actes vaso-moteurs. La vaso-dilatation et la vaso-constriction seraient capables de déterminer l'ouverture et la présentation du col vésical.

Placentas marginés avec hémorragies par rupture du sinus circulaire.

M. Schwob présente trois placentas nettement marginés qui tous trois offrent la même particularité intéressante, à savoir, les hémorragies récentes par rupture du sinus circulaire. La margination sur ces placentas est produite par des anneaux formés par la fibrine accumulée en dehors du horion. Ces anneaux sont interrompus sur deux des placentas, en deux endroits, et complétés à ce niveaux par deux caillots cruoriques en sangsues, dont la pointe sort d'un point rompu du sinus circulaire. Cliniquement, il faut retenir que ces trois femmes étaient des primipares; qu'elles n'ont pas eu de métrite dans leurs antécédents, et qu'elles n'ont jamais présenté d'hémorragies, ni pendant la grossesse, ni pendant le travail.

M. Schwob insiste sur ce fait que la coexistence des hémorragies par rupture du sinus circulaire avec le placenta marginé peut être intéressante au point de vue de la pathogénie de cette variété de placenta.

Oblitération congénitale du duodénum à l'union de la première et de la deuxième portion.

M. Macé présente des pièces d'estomac et de duodénum d'un enfant qui a vécu trois jours à la clinique Tarnier.

Le diagnostic de malformation du côté de l'estomac ou de la première portion du duodénum à été posé par M. Budin, qui s'est basé pour cela sur les vomissements répétés.

L'examen de la pièce montre qu'il existe une oblitération totale, que la première et la deuxième portion du duodénum sont séparées par un espace de quelques millimètres, où il n'existe aucun cordon, vestige de la partie manquante. La cause de cette oblitération est inconnue. L'embryologie ne fournit aucune explication de ce cas tératologique. H. C.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 24 janvier. — Présidence de M. Laveran.

M. Landouzy, au moment de quitter le fauteuil de la présidence, passe en revue les différents travaux exposés dans l'année à la Société : diphtérie, par Martin; l'année démographique 1898, par Drouineau ; les logements surpeuplés à Paris, par Bertillon; l'hygiène de l'enfance, par Prompt; mesures prophylactiques à prendre dans les chemins de fer, par Vallet; sanatorium maritime d'Hendaye, par Belhouët; stérilisation des eaux potables par l'ozone, par Marnier et Abraham; maladies provoquées par les huîtres, par Mosny; peste d'Oporto, par Calmette.

M. Laveran prend le fauteuil de la présidence.

M. Martin présente un volume de M. Philassier, sur la *détermination des pouvoirs publics en matière d'hygiène.*

M. Mosny. — *Les maladies provoquées par l'ingestion des mollusques et la salubrité des établissements ostréicoles.* — M. Mosny étudie l'origine du microbe qui intoxique les huîtres.

Ces recherches dans l'eau de mer sont délicates; car, comme l'ont montré les expériences de Klein, le microbe du choléra par exemple, subit de très grandes modifications dans l'eau de mer. On peut néanmoins trouver le microbe du choléra, le bactérium coli, etc., et nombre d'autres. La contamination des parcs aux huîtres vient de deux causes ; c'est que les ostréiculteurs placent leurs huîtres à l'embouchure des fleuves, de manière à ce que les huîtres aient de l'eau mitigée ; de plus, ils cherchent un écoulement facile de leurs produits, et pour cela ils placent leurs parcs près des ports. Les fleuves contaminés par des égouts ne sont pas bien inquiétants pour les huîtres, car les expériences ont démontré que l'eau des fleuves s'épurait très rapidement. Ainsi, à Paris, à 30 kilomètres de Paris, l'eau de la Seine est déjà en partie épurée Les parcs placés dans les ports risquent beaucoup plus d'être contaminés, car ils sont généralement directement contaminés par les égouts. A Granville, par exemple, les parcs sont situés sur les bords d'un ruisseau qui sert à laver le linge de la ville et qui reçoit les égouts : c'est une situation véritablement dangereuse. Quand au flot il ne purifie pas beaucoup les parcs. Le meilleur procédé pour reconnaître l'état des parcs est, sans conteste, la recherche bactériologique.

Il n'y a pas de danger de laisser les parcs au voisinage des fleuves, mais il faut interdire l'établissement des parcs près des ports et à plus forte raison dans les ports, car c'est un danger pour la santé publique. Martha.

REVUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

Rédacteur spécial : Dr Ch. MIRALLIÉ.

I. — Maladie de Little; par Cestan (Th. Paris, 1899).

I. — Des maladies nerveuses, la maladie de Little, par ses connexions si intimes, avec les affections spasmo paralytiques infantiles, est une des plus difficiles à saisir et des plus épuisantes à étudier. Deux opinions sont en présence : les dualistes (Déjerine, Marie, Brissaud, Van Gehuchten) qui, séparant nettement la maladie de Little des affections cérébrales infantiles, la considèrent comme une affection spinale liée à un défaut ou un arrêt de développement du faisceau pyramidal. Les unicistes avec Freud, Raymond, insistant sur les faits de transition entre la maladie de Little et l'hémiplégie cérébrale infantile, la font rentrer dans le grand groupe des affections spasmo-paralytiques infantiles.

C'est à la solution de cette question que s'attache Cestan. Mettant à profit son passage dans les services riches de ses maîtres. MM. Bourneville et Raymond, il a pu accumuler un grand nombre de matériaux cliniques et anatomo-pathologiques dont il donne une analyse détaillée.

En trois groupes il répartit tous les faits : 1° Groupe des enfants nés avant terme; 2° groupe des enfants nés en état d'asphyxie ou atteints de paralysie dans les premiers mois de l'existence; 3° groupe : syndrome de Little sans étiologie nette. Il montre que si on ne saurait nier l'existence d'un type clinique conforme au type isolé par les dualistes, il existe une série de faits de transition qui conduisent insensiblement de cette forme à l'hémiplégie spasmodique infantile ; aucun des caractères donnés par les dualistes ne saurait suffire à établir leur théorie que les faits viennent contredire. L'intensité et la généralisation de la contracture ne dépendent pas de l'époque de la naissance. Les convulsions, les troubles intellectuels, les arrêts de développement, ne prouvent pas l'intégrité du cerveau. Bref, « si certains signes se réunissent bien pour constituer un syndrome que l'on peut désigner sous le nom de syndrome de Little; ce syndrome ne doit pas être opposé aux syndromes dont l'ensemble constitue les diplégies cérébrales infantiles. »

A cette discussion clinique fait suite une très intéresante étude embryologique et anatomo-pathologique du faisceau pyramidal. Quinze mœlles du service de M. Bourneville ont permis à l'auteur d'étudier soigneusement les lésions de la maladie de Little. Suivant les cas, la lésion pyramidale était légère moyenne ou grosse, unie ou bilatérale. De cette étude, il résulte que dans la maladie de Little, l'état du faisceau pyramidal est très variable, allant de la simple dysgénésie jusqu'à l'agénésie ou la dégénérescence complète et bilatérale. L'intensité et la localisation du processus cérébral commandent absolument les lésions du pyramidal sans que le simple examen des lésions médullaires permette de juger la qualité du processus cérébral. Les altérations de faisceau moteur volontaire sont sous la dépendance des lésions cérébrales ; une hématomyélie ou une myélite trouvent non une maladie de Little vraie, mais une pseudo maladie de Little.

Le dernier chapitre est consacré à la pathogénie de la con-

tracture. Après avoir exposé et discuté les diverses théories proposées, l'auteur se range à la doctrine de Von Monatever qui, sans expliquer toutes les modalités classiques, est cependant la plus acceptable, théorie qui place le centre des réflexes dans les masses grises sous-corticales, le pyramidal jouant le rôle régulateur, directeur.

On voit par cette analyse trop sommaire, l'importance de ce travail; basé sur un très grand nombre de calculs personnels cliniques et anatomo-pathologiques, il apporte à la discussion encore pendante, un élément important et de tout premier ordre.

II. — Le sulfate de Duboisine dans le traitement de la paralysie agitante; par Francotte. (*Journal de Neurologie*, Bruxelles, 1899, p. 181).

II. — Complétant sa première note de 1896, Francotte revient sur les excellents résultats obtenus par l'emploi du sulfate de Duboisine. L'amélioration est rapide, mais ne s'accentue pas progressivement; cependant on obtient un effet palliatif persistant. Pour notre part nous avons obtenu dans trois cas une atténuation manifeste du tremblement, de la raideur, de la sensation de chaleur et de l'agitation chez trois malades par l'emploi de ce médicament.

III. — Le tétanos; par Courmont et Doyen. (*Actualités médicales*, J.-B. Baillière, 1899).

III. — Par leur recherche et leur contribution personnelle à l'étude du tétanos, Courmont et Doyen étaient tout indiqués pour décrire la maladie et fixer l'état actuel de la question.

Après une étude du bacille tétanique, des conditions nécessaires à son développement et du rôle des associations microbiennes, Courmont et Doyen insistent sur la pathogénie du tétanos. Successivement ils étudient : le poison tétanique, sa préparation et ses caractères; le tétanos expérimental chez les différentes espèces animales, la variabilité des symptômes suivant le lieu d'introduction de la toxine; ils insistent sur ce fait capital de la nécessité d'une incubation que l'augmentation de doses, le choix de la porte d'entrée ne peuvent ni supprimer, ni raccourcir au delà d'une certaine limite; l'étude de la toxine se termine par son sort dans l'organisme, sa neutralisation *in vitro* par la substance nerveuse. A cette discussion pathogénique et physiologique fait suite l'étude des lésions nerveuses, et concluent que la contracture n'est pas une fonction d'une lésion spécifique actuellement connue. Un chapitre très complet sur le traitement par le sérum antitétanique sert de conclusion à cette œuvre vraiment scientifique qui contient en outre un index bibliographique très complet.

Cette monographie, par sa valeur scientifique et documentaire, est une des plus intéressantes que nous connaissions, et a sa place entre les mains de tout médecin qui s'intéresse au progrès scientifique.

IV. — La distribution segmentaire des symptômes en séméiologie médullaire; par le Pr Grasset. (Montpellier, librairie Delord-Boehm, 1899).

IV. — La distribution segmentaire des symptômes est un sujet à l'ordre du jour. Aussi le Pr Grasset a-t-il consacré une série de leçons à cette étude de pathologie générale nerveuse. Il montre d'abord l'existence de troubles sensitifs segmentaires dans l'hystérie, les lésions corticales, la syringomyélie, la maladie de Morvan, la pachyméningite cervicale hypertrophique, la compression de la moelle et le mal de Pott, la myélite traumatique par fracture, le tabes. Puis il étudie la distribution trophique cutanée de neuro-dermatoses, le zona, la syphilis, l'ichthyose, la sclérodermie, le lichen, l'eczéma, le nœvus, les hypertrophies des membres. Parmi les troubles moteurs segmentaires, il faut citer le tremblement segmentaire; les troubles segmentaires amyotrophiques sont plus rares.

Ce symptôme segmentaire, quelle que soit sa forme, est un symptôme paradoxal par sa distribution. Il ne répond à aucune distribution de nerf, a une distribution de racine; il correspondait à une distribution médullaire : chaque segment est relié à un centre médullaire.

En résumé, « voici ce qu'il faut admettre : les nerfs étant des prolongements de neurone, se rendent dans la moelle ou en viennent et ont, dans la moelle, leurs corps cellulaires. Ces corps cellulaires forment, dans la moelle, des centres et ces centres président aux segments des membres. Les nerfs périphériques n'ont aucune unité physiologique; la motilité, la sensibilité sont mêlés; ils n'ont d'unité que celle de leur situation géographique. Dans les plexus ce groupement devient différent pour pénétrer dans le rachis et alors il y a une certaine unité, au-delà du plexus dans les racines... Donc l'unité du nerf périphérique n'existe pas, l'unité radiculaire existe : c'est la vraie unité périphérique. Puis alors il y a l'unité du centre spinal dit métamérique ou segmentaire, première unité centrale d'association. Ce centre est dans la substance grise de la moelle. Les symptômes segmentaires indiquent donc une lésion de la substance grise de la moelle. » Ainsi donc, pour chaque région de la moelle, il faut étudier la distribution radiculaire et la distribution segmentaire, œuvre à laquelle l'auteur a consacré un petit manuel.

Fait en termes clairs et précis, cet exposé met parfaitement au point la question encore un peu confuse.

V. — Diagnostic des maladies de la moelle; par le Pr Grasset. (*Actualités médicales*, J.-B. Baillière, 1899).

V. — « Etant donné un malade chez lequel on a reconnu une maladie de la moelle, comment peut-on, cliniquement déterminer le siège précis de l'altération médulline? Quel est le système ou quels sont les systèmes de la moelle qui sont exclusivement ou principalement atteints? A quelle hauteur de l'axe spinal siège la lésion? » C'est ce chapitre de « géographie clinique de la moelle » qu'étudie magistralement le Pr Grasset. Analyser ce petit volume, fait de clarté et de précision, est impossible; il faut le lire dans l'original, et cette lecture s'impose, car il est absolument pratique, accessible et utile à tous.

La première partie du volume s'occupe du diagnostic du systeme lésé. Successivement l'auteur étudie les 8 syndromes suivants : 1° syndrome des cordons postérieurs : troubles sensitifs et ataxie; 2° syndrome des cordons latéraux : parétospasmodique, contracture et tremblement intentionnel; 3° syndrome associé des cordons postérieurs et latéraux : état ataxo-spasmodique; 4° syndrome des cornes antérieures : atrophie musculaire; 5° syndrome associé des cordons latéraux et des cornes antérieures : atrophie musculaire spastique; 6° syndrome de la substance grise centro-postérieure : association dite syringomyélique des sensibilités et troubles vaso-moteurs; 7° syndrome associé des cours antérieurs et de la substance grise centro-postérieure (syndrome de l'entière substance grise : atrophie musculaire, dissociation dite syringomyélique des sensibilités et troubles vaso-moteurs); 8° syndrome d'une moitié latérale de la moelle : hémiparaplégie croisée. Pour chacun de ces syndromes le Pr Grasset étudie successivement : A : les groupes de faits dans lesquels la lésion est limitée à ce système; B : ceux dans lesquels la lésion atteint ce système sans y être exclusivement limitée; C : la synthèse du syndrome (clinique et physiologie, pathologique); D : le diagnostic différentiel.

La seconde partie est consacrée au diagnostic à hauteur du siège des lésions médullaires. Après des principes généraux l'auteur étudie successivement : 1° le syndrome radiculo-segmentaire du cône médullaire; 2° le syndrome radiculo-segmentaire de la moelle sacrée; 3° le syndrome radiculaire de la moelle lombaire; 4° le syndrome métamérique ou segmentaire de la moelle lombo-sacrée; 5° le syndrome radiculaire de la moelle dorsale; 6° le syndrome métamérique ou segmentaire de la moelle dorsale; 7° le syndrome radiculaire de la moelle brachiale; 8° le syndrome segmentaire ou métamérique de la moelle brachiale; 9° le syndrome de la moelle arviale.

Cette simple énumération des chapitres indique l'importance pratique de cet ouvrage, qui met au point les plus récentes questions du diagnostic médullaire : La valeur bien connue de l'auteur est, d'ailleurs, le plus sûr garant de la façon remarquable dont ces sujets si complexes sont exposés.

VI. — L'ataxie des tabétiques et son traitement; par Riche. (J.-B. Baillière, éd., 1899).

VI. — Dans l'état physiologique, tout mouvement volon-

taire, le plus simple en apparence, est un acte complexe; l'association de la conscience et de la volonté est nécessaire pour qu'il se produise. L'incoordination est le fait de la non réalisation des qualités requises pour l'exécution normale des mouvements irréguliers; les muscles, qui concourent à leur exécution, se contractent trop brusquement ou trop énergiquement, ou trop tôt ou trop longtemps par suite d'une distribution défectueuse de l'influx nerveux que déchargent, sur les muscles, les centres corticaux de la volonté.

Après avoir exposé les diverses théories de l'incoordination, l'auteur étudie les troubles de la sensibilité chez les tabétiques. Chez tous ces malades on trouve des troubles de la sensibilité superficielle et profonde. C'est par l'intermédiaire des notions sensibles que l'on peut agir sur l'ataxie et l'améliorer. La méthode de rééducation des mouvements, toute symptomatique, donne les résultats les plus favorables.

VII. — L'amyotrophie type Charcot-Marie; par SAINTON. (Lib. Steinheil, 1899).

VII. — L'auteur commence sa théorie, très complète et très étudiée, à l'atrophie musculaire type Charcot-Marie encore si discutée au point de vue de sa pathogénie. Après avoir nettement limité le type clinique et éliminé les observations douteuses, il fait une étude approfondie de l'étiologie et des signes cliniques. Cette maladie constitue une affection autonome aussi bien individualisée par ses symptômes que par ses lésions. Elle diffère en particulier de la névrite interstitielle et progressive de l'enfance, avec laquelle on a voulu à tort la confondre. L'auteur n'admet pas qu'il s'agisse d'une névrite pure. Si l'on a trouvé toujours des « lésions des nerfs périphériques plus ou moins intenses, parfois minimes », on a trouvé aussi une lésion des cordons postérieurs, surtout des cordons de Burdach, et « des lésions atrophiques probables des cellules des cornes antérieures de la moelle ». De ces constatations, avec réserves cependant pour la lésion des cellules antérieures, l'auteur conclut à une lésion spinale.

Malgré les réserves que comportent une conclusion aussi ferme, il n'en reste pas moins un travail très documenté, consciencieusement fouillé et qui constitue un des meilleurs mémoires consacrés à se sujet.

THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

L'antisepsie stomacale chez les tuberculeux.

Il existe, dès la première période de l'infection bacillaire, des troubles gastriques sur lesquels le Pr Grancher a insisté avec une rare clairvoyance, et qu'il a dénommés *dyspepsie prétuberculeuse*. Cette dyspepsie reconnaît pour cause un trouble dans la composition du chimisme stomacal. Le suc gastrique n'a plus la teneur des éléments actifs indispensables à son action : l'analyse prouve que l'acide chlorhydrique a diminué, que l'organisme est en état d'*hypochlorhydrie*. Tout récemment encore, M. le Dr Bourcau (de Tours), dans une étude comparative du terrain arthritique et du terrain tuberculeux, concluait que l'état bacillaire constituait du terrain hypoacide. Par suite de cette altération chimique, il se produit *in situ* des fermentations microbiennes, un état septique de la muqueuse stomacale.

Pour remédier à cette insuffisance d'acidité, on a employé différents moyens : tantôt les alcalins, afin d'exciter les glandes stomacales et provoquer l'hypersécrétion, tantôt des médicaments de suppléance, comme l'acide chlorhydrique et l'acide lactique. L'acide chlorhydrique pur, très étendu d'eau, a donné, à la dose de quelques gouttes, de bons résultats. Mais on s'est toujours mieux trouvé de l'employer, chez les tuberculeux, à l'état de combinaison avec le phosphate de chaux, le chlorhydro-phosphate de chaux remplissant ici un double but. En effet, à côté de l'hypoacidité de l'estomac, il survient, dès la première heure de l'infection bacillaire, d'autres phénomènes morbides non moins importants. On sait aujourd'hui que toutes les cachexies, et plus que toute autre la cachexie tuberculeuse, s'accompagnent d'une déminéralisation des tissus et des humeurs qui explique la diminution de leur résistance à l'infection bacillaire. Les beaux travaux de MM. Bouchard et Charrin ont mis en évidence cette importante vérité. Dans la phtisie, la déminéralisation se manifeste fréquemment par de la phosphaturie. En administrant au phtisique du chlorhydro-phosphate de chaux, on rend au terrain organique ses éléments de résistance et en même temps on restitue au milieu stomacal l'élément acide qu'il a perdu. Par l'absorption lente, mais continue, du chlorhydro-phosphate de chaux, le suc gastrique récupère son acidité normale et l'organisme est mis en *état d'hyperacidité*.

Il faut, du reste, entrer plus tard en lutte directe avec le bacille de Koch. Dès la deuxième période de la tuberculose pulmonaire, lors de la fonte granuleuse, les malades ont ce qu'on appelle *la phtisie ouverte*, c'est-à-dire que leurs tubercules ramollis sont rejetés au dehors de l'organisme. Or, beaucoup de phtisiques, et notamment les enfants, au lieu d'expectorer, avalent leurs crachats et infectent ainsi leur muqueuse gastrique. Il se produit alors une sorte d'auto-infection et des exulcérations bacillaires de la paroi stomacale. Il s'agit donc d'aseptiser l'estomac. A cette époque d'infections secondaires, tous les phtisiologues préconisent la créosote pure de hêtre comme antiseptique de choix. M. Burlureaux a démontré que la créosote possède une propriété dynamogène, qu'elle agit comme un antitoxique. D'autre part, M. Arloing (de Lyon), a démontré que la créosote exerçait une action antiseptique remarquable sur le sang des animaux infectés. Sur le terrain clinique, MM. Bouchard, Gimbert et d'autres praticiens ont employé la créosote avec succès. Mais tous les cliniciens ont insisté avec raison sur le grave inconvénient qu'a la créosote d'irriter la muqueuse des voies digestives, lorsqu'elle est administrée à l'état de division mécanique ou de solution concentrée. M. le Dr R. Simon, dans sa thèse inaugurale, a démontré le danger de doses massives de créosote administrée par les voies stomacale et hypodermique. Ces doses massives, non seulement sont inutiles, parce qu'elles ne sont pas absorbées, mais elles provoquent rapidement de l'intolérance. Au contraire, le médicament, administré à l'état de solution étendue, par petites doses répétées, est fort bien toléré et crée, pour ainsi dire, un état antiseptique des voies digestives et de l'organisme. Il est donc indispensable d'employer la créosote à un degré de solution tel qu'elle n'ait plus aucune action irritante sur la muqueuse stomacale. C'est ce que réalise la Solution Pautauberge Composée de chlorhydro-phosphate de chaux et de créosote, elle peut et doit être administrée à toutes les périodes de la phtisie. Elle répond, en effet, au diverses indications que nous venons de signaler :

1° Elle combat, à la période initiale de la tuberculose, l'hypoacidité et rétablit l'état chimique normal et aseptique de l'estomac.

2° Par l'assimilation d'une grande quantité de phosphate de chaux, elle compense la déminéralisation de l'organisme.

3° Par la créosote elle exerce une action antiseptique directe sur les bacilles de Koch qui pullulent dans l'estomac de la plupart des phtisiques.

BIBLIOGRAPHIE

Hygiène et prophylaxie des Maladies dans les pays chauds, par J. BRAULT. 1 vol. 160 p. (Paris, 1899).

Les notions d'hygiène sont indispensables pour qui veut vivre dans les pays chauds. Malheureusement il n'existe guère de traité renfermant les conseils les plus pratiques et les indications des maladies les plus fréquentes. Le livre de M. Brault comble cette lacune, et comme tel, il est appelé à rendre les plus grands services à tous les coloniaux. Il est même à souhaiter que l'effort de M. Brault ne soit pas isolé. Ne voyons-nous pas actuellement les Anglais fonder à grands frais une école de médecine coloniale à Liverpool, où ils enverront les types les plus intéressants de la pathologie si spéciale des tropiques. De sorte que leurs médecins, en arrivant sur le sol africain, ne se trouveront pas désemparés en face de maladies que les nôtres sont obligés d'étudier et de découvrir à nouveau !

Après avoir traité d'une façon complète, mais concise, le

chapitre de l'acclimatement et de la climatologie, l'auteur, laissant momentanément de côté les maladies microbiennes, aborde les maladies parasitaires, la bilharziose, les filarioses, le craw-craw, etc. Mentionnons d'une façon spéciale la maladie du sommeil, sur laquelle de récents travaux viennent d'attirer l'attention en France. Elle débute progressivement, évolue lentement, et se termine le plus souvent par la mort. Rattachée à un trouble fonctionnel du corps thyroïde par Briquet et Mongour (1898), elle semble plutôt dépendre d'une toxi-infection encore mal définie. Agigal et Lepierre incriminent un bacille, de 3 à 4 µ de long, facile à colorer, mais ne prenant pas le graw et végétant, sur les milieux usuels des laboratoires. Marchoux (1899), se basant sur la fréquence des affections à pneumocoques chez le nègre, croit que la maladie du sommeil dépend d'une méningo-encéphalite diffuse due au microbe de Talamon-Frœnkel.

L'auteur termine son ouvrage par une étude de géographie médicale propre à chacune de nos possessions d'Afrique.

F. RAMOND.

Traité de Séméiologie médicale; par P. SUARD. 1 vol. 700 p. (J. Roussel, édit., Paris).

Il n'existe guère d'ouvrage français s'occupant exclusivement de séméiologie ; ou plutôt les traités de diagnostic médical datent d'une époque où l'examen du malade se limitait à la recherche des signes physiques et fonctionnels vulgaires, laissant ainsi de côté toute une partie de la séméiologie basée sur les récentes découvertes médicales en physique, chimie ou bactériologie. Cette lacune nous explique le grand nombre de traductions d'ouvrages étrangers s'occupant spécialement de cette question. M. Suard a été heureusement inspiré en écrivant le livre qui paraît actuellement; il l'a rédigé à un point de vue surtout pratique, c'est-à-dire que le souci de signaler les récentes découvertes scientifiques ne l'a point empêché d'insister sur tous les signes physiques et fonctionnels déjà connus, et qui, le plus souvent, suffisent à faire un diagnostic. C'est à ces titres divers que l'ouvrage de M. Suard mérite d'être recommandé. F. RAMOND.

Éléments de Physiologie; par LAULANNIÉ, professeur de physiologie à l'école vétérinaire de Toulouse (Asselin et Houzeau, éditeurs).

La lecture de ce premier fascicule fait pressentir que les éléments de physiologie du professeur de Toulouse formeront un ouvrage d'une haute portée scientifique ; on est frappé, à chaque page, de la parfaite compétence avec laquelle l'auteur a traité la matière.

Après avoir passé en revue les notions générales indispensables à la compréhension des actes physiologiques si complexe de chaque appareil et de chaque organe, à savoir le principe et les applications de la méthode graphique, les différentes classes d'aliments et les divers ferments, etc., l'auteur commence l'étude du fonctionnement de l'appareil digestif; sont étudiées successivement, avec une clarté toute particulière, les digestions buccale, stomacale, pancréatique et intestinale ; suit un chapitre très complet sur [illegible]rption, sur les différentes surfaces de l'organisme. La deu[illegible] de l'ouvrage est consacrée à l'étude de l'appareil circulatoire et du sang ; vient enfin au dernier tiers du volume un chapitre sur l'appareil respiratoire. Ce livre a le grand mérite de se lire facilement ; la physiologie, déjà si intéressante par elle-même, le devient encore beaucoup plus sous la plume du professeur Laulannié. X

Surgical Handicraft; par BERTRAM M. H. ROGERS (Bristol, John Bright C°.)

Sous ce titre, le Dr Rogers fait paraître un petit volume qui représente à peu près nos éléments de petite chirurgie. L'auteur consacre une première partie, assez importante, de son ouvrage à l'étude des hémorragies artérielles et il passe en revue, avec force figures à l'appui, les différents moyens que nous possédons pour nous en rendre maîtres.

Suit le chapitre des bandages, et les figures sont en général bien expressives, permettant à elles seules de comprendre l'auteur; à peu près toutes les variétés de fractures sont passées en revues, l'auteur met sous nos yeux l'appareil approprié.

Puis, l'auteur étudie les plaies, les brûlures, les ulcères, mais toujours et surtout en se plaçant à un point de vue pratique. Enfin, le Dr Rogers nous donne les principales opérations d'urgence, telle que la trachéotomie et il finit en exposant les principes de l'anesthésie générale et locale. Ce livre est court et pratique; il contient, en peu de pages, tout ce qu'un praticien qui se respecte doit savoir à fond. X.

VARIA

Assistance privée : L'Asile de Malakoff.

Nous avons dit un mot sur ce singulier établissement privé dans un des derniers numéros du *Progrès médical*. L'hygiène, c'est-à-dire la propreté parfaite, y était inconnue.

« En entrant dans le dortoir, dit le Dr Socquet, expert, une odeur atroce d'urine nous saisit à la gorge. Au fond de la pièce se trouvaient des water-closets, dont la cuvette était cassée. Un morceau manquait, qu'une feuille de zinc avait remplacé. A l'étage au-dessous, le tuyau de descente avait des fuites qui souillaient les murs. »

Si l'hygiène était bannie de l'Asile de Malakoff, la légalité y était méprisée. Voici, en effet, ce que dit M. le Dr Socquet :

« Dans le dortoir, quelques femmes malades auraient dû être depuis longtemps dans des asiles d'aliénés. Il y avait là des démentes, des paralytiques qu'il eût fallu soigner. L'une de ces dernières portait aux poignets et aux chevilles des érosions profondes sur cinq ou six rangs. Une autre femme avait à l'œil une large ecchymose. La saleté des lits était repoussante. Ces malheureuses vivaient dans la vermine. » (*L'Aurore*, 12 janvier 1900.)

Aucun aliéné ne doit être reçu dans les asiles ou hospices destinés aux malades, ou aux infirmes réputés sains d'esprit. C'est en *violation* de la loi du 30 juin 1838, sur les aliénés que les *malades* dont il est parlé, avaient été reçus et étaient maintenus dans cet établissement d'exploitation.

La lutte contre l'alcoolisme à la Chambre des députés.

M. le Dr LABORDE, dans la *Tribune Médicale* du 31 janvier, continue sa campagne contre l'alcoolisme et les wagons-bars annexés aux trains de l'Etat. Il rend ainsi compte de la question posée par le Dr Chassaing, député, au ministre des Travaux publics :

« Enfin un homme s'est rencontré, un vrai député, un confrère (cette intervention était trop indiquée, dans la circonstance, pour qu'il n'y ait pas lieu d'être surpris qu'elle ait été unique au sein des nombreux députés-médecins), M. le Dr Chassaing, qui a demandé à M. le Ministre des Travaux publics la suppression des wagons-bars, n'ayant pas grand'peine à justifier sa demande. Il n'est pas sans intérêt de reproduire les paroles textuelles de M. Chassaing :

« Messieurs, j'ai une très courte question à poser à M. le Ministre des Travaux publics. Cette question, dont le caractère [illegible] et général ne vous échappera pas, se rattache par un côté au chapitre du matériel des chemins de fer de l'Etat. Nous vivons à une époque d'alcoolisme à outrance, et l'alcool sous toutes ses formes nous sollicite. Aussi, tous les esprits généreux, tous les hommes inquiets de l'avenir de la race, soucieux de la santé publique, se liguent-ils contre le fléau... Eh bien ! c'est le moment que choisit une compagnie de chemins de fer, la compagnie de l'Ouest, pour créer sur son réseau des cabarets circulants appelés wagons-bars, donnant ainsi une proie nouvelle à l'alcoolisme. Je ne veux pas examiner — j'ai dit que je serais très bref — les conditions dans lesquelles cette compagnie exerce cette industrie. Du reste, je constate qu'elle est la seule et que, notamment, les compagnies du Nord et de l'Est se sont toujours refusées à introduire sur leurs réseaux ces sortes d'assommoirs roulants (*Très bien !*) Mais il apparaît qu'aujourd'hui, M. le Ministre des Travaux publics a donné l'autorisation d'introduire les wagons-bars sur le réseau de l'Etat. Je ne sais pas si la nouvelle est exacte; j'aime à croire qu'elle ne l'est pas. Je prie M. le Ministre de vouloir bien nous dire que l'Etat ne veut pas se faire le complice de l'empoisonnement progressif du pays et qu'il ne veut pas non plus se faire le pourvoyeur de l'alcoolisme. » (*Très bien ! très bien !*)

M. Pierre Baudin s'est empressé d'accueillir la demande avec toute la faveur qu'elle méritait, d'abord par elle-même, et ensuite de la part d'un homme qui proteste, de toute sa voix, contre les habitudes alcooliques... et pour montrer *hic et nunc* son meilleur vouloir officiel, le jeune ministre s'engage à ne pas renouveler le contrat avec les wagons-bars, *lorsque ces contrats seront expirés*... Voici, d'ailleurs, les propres paroles du ministre :

« M. Chassaing me demande de prendre l'engagement de supprimer les wagons-bars sur les lignes de l'Etat. Je sais, en effet, qu'un certain nombre de contrats ont été passés, mais je puis dire que, quant à moi, je ne suis pas du tout disposé à renouveler ces contrats à leur expiration. Quant aux contrats passés par les compagnies, je puis affirmer qu'ils ne seront jamais renouvelés avec mon autorisation. » (*Très bien ! très bien !*)

Or, quand les contrats expireront-ils... ? le ministre ne l'a pas dit; ce peut être dans dix ans... ! Il coulera, d'ici-là, force alcools et force absinthes... sous les ponts des chemins de fer de l'Etat, sans compter les autres ! Ah ! le bon billet qu'a M. Chassaing !

Une infirmière brûlée vive.

Une jeune infirmière de l'hôpital Saint-Antoine, Mlle Jeanne Chollat, âgée de 22 ans, attachée à la salle Gosselin, vient de trouver la mort dans un épouvantable accident.

Hier matin, vers 8 heures, Mlle Chollat transvasait de l'éther sulfurique d'un flacon dans une cuvette, lorsque le flacon se brisa entre ses mains. L'infirmière se trouvait en ce moment auprès de la cheminée de la salle, et l'éther s'enflamma immédiatement. Malgré les secours immédiats, la jeune fille fut atrocement brûlée sur toutes les parties du corps et surtout à la tête. Son état qui, d'abord, avait laissé quelque espoir, ne tarda pas à empirer, et la malheureuse victime expira le soir même, vers 7 heures, après une horrible agonie.

Mlle Chollat n'était à l'hôpital Saint-Antoine que depuis le mois de mai dernier. Elle avait su, par sa grande douceur, se faire aimer de toutes ses camarades et des malades pour qui elle montrait un grand dévouement. Aussi, ce tragique événement a-t-il causé une profonde émotion dans l'hôpital. Ajoutons que, grâce au zèle et au sang-froid du personnel, aidé de quelques malades, on a pu étouffer un commencement d'incendie qui, après avoir dévoré les rideaux d'une fenêtre, s'attaquait déjà à un lit voisin. (*Le Journal* du 29 janvier 1900.)

Le legs Durget ; Pensions représentatives.

Le legs Durget vient enfin, après de nombreuses péripéties, d'être attribué à trois vieilles dames de Saint-Mandé. C'est en 1894 que Mme Durget laissa toute sa fortune, 78.000 francs environ, à la ville de Saint-Mandé, à charge par elle de servir une rente viagère à trois vieillards choisis parmi les plus nécessiteux et les plus âgés de la localité. Ce legs fut contesté; il y eu procès. Par suite de ces débats, la commune ne fut envoyée que l'année dernière en possession du legs. La vente produisit à peu près ce qu'on avait prévu, 78.000 francs.

Sur cette somme, et en vertu d'une volonté formelle de la testatrice, 4.000 francs seront employés à acquérir un titre dont la rente servira à l'entretion de la tombe de Mme Durget. Le reste sera employé à l'achat de rente 3 0/0.

Les trois vieillards titulaires du legs recevront chacun un peu plus de 700 francs de rente. Cette rente leur est acquise jusqu'à leur mort. Dans sa séance du 26 janvier, le Conseil municipal a fait choix des trois personnes qui bénéficieront du legs. Ce sont : Mme veuve Meyer, âgée de 83 ans; Mme veuve Mabit, âgée de 86 ans, et Mme veuve Martin, qui a 85 ans. Elles recevront les rentes à dater du mois d'avril 1900.

L'exemple de Mme Durget est à imiter. Mieux vaut, quand c'est possible, assister les vieillards à domicile que de les hospitaliser. On ne doit recourir à l'hospitalisation que quand le vieillard ou l'infirme n'a plus de famille ou exige des soins quotidiens.

La criminalité en Italie.

L'Italie est la patrie des criminalistes : la matière n'y manque point à leurs travaux. De 1890 à 1895, 624.127 hommes et 129.155 femmes furent condamnés à des peines diverses par les tribunaux du roi Humbert. Chaque sexe spécialise son activité et la borne à certains crimes. Il va de soi que l'infanticide et l'abandon sont le propre des femmes : sur 100 infanticides, 8 seulement sont commis par des hommes. La diffamation appartient aux deux sexes, qui la pratiquent dans la même proportion. Le vol est principalement masculin : où 100 hommes sont coupables de vol simple, le même crime n'a été commis que par 24 femmes. La proportion est encore plus faible dans les vols qualifiés et les fraudes commerciales. Elle est minime dans les assassinats, rixes (*coltellate*), et dans les violences de toutes sortes. La douceur féminine les a en horreur; elle leur préfère le poison, où elle prend sa revanche. Sur 100 empoisonnements, 70 ont été commis par des femmes. Ces mœurs « borgiesques » fleurissent principalement dans la Péninsule. Dans les montagnes des Abruzzes, sur 100.000 femmes, les tribunaux en condamnent annuellement 554; dans la Campanie, la Basilicate et la Calabre environ 400. Mais le nombre des coupables décroît progressivement vers le Nord : 372 dans la province romaine, 99 en Toscane, 70 seulement en Lombardie. L'honnêteté de la femme italienne est une question de latitude. Seules, les Vénitiennes font exception. Elles passent devant les tribunaux beaucoup plus souvent que leur éloignement de l'équateur le ferait supposer. Mais il paraît qu'on les juge pour des larcins principalement champêtres et forestiers, qui sont une spécialité du pays et dont elles font leur occupation particulière. (*Débats.*)

Les épidémies.

La peste.

La peste aux Indes n'est pas, hélas! en décroissance ; il suffit pour s'en rendre compte de citer la phrase suivante extraite du discours du trône au Parlement anglais :

« Je regrette d'ajouter que l'épidémie de peste continue et que, bien qu'elle n'ait pas augmenté en gravité, depuis l'an dernier, elle ne semble pas, pour le moment, diminuer. »

Le 27 janvier à Oporto, il n'y avait eu la semaine passée aucun cas de peste. Depuis le commencement de l'épidémie jusqu'à ce jour 288 cas et 109 décès ont été enregistrés.

A Rio-de-Janeiro, le 28 janvier, aucun cas nouveau de peste n'a été constaté depuis vingt jours. Le gouvernement déclare que le port de Rio-de-Janeiro n'est pas infecté.

L'influenza.

L'influenza, qui sévit un peu partout en Europe même en France et à Paris, fait surtout de nombreuses victimes à Rome et à Londres. Les journaux politiques publient la dépêche suivante de Rome.

Rome, le 30 janvier. — L'influenza continue à sévir dans presque toute l'Italie. A Rome, un bon tiers de la population est atteint, certaines administrations sont presque désorganisées. Le service des postes et télégraphes notamment est éprouvé. Selon le *Giorno*, la reine est souffrante d'une légère atteinte d'influenza. (*Débats.*)

D'autre part, notre confrère, le *Bulletin médical* donne les renseignements suivants sur l'influenza en Angleterre :

« Plusieurs villes anglaises présentent depuis quelque temps (une, deux ou trois semaines suivant les villes) une mortalité fort élevée, due à une épidémie de grippe. On se rendra compte de la gravité du mal par les chiffres suivants : La mortalité anglaise normale pendant les semaines de décembre et janvier s'exprime par le chiffre 18 (c'est-à-dire que sur 1.000 habitants soumis pendant un an à cette mortalité, il y aurait 18 décès). Or, ce chiffre s'élève, pour la première semaine de 1900, à 37 pour Londres, à 45 pour Brighton, à 41 pour Croydon, à 34 pour Liverpool, à 33 pour Norwich, à 41 pour Nottingham, à 37 pour Plymouth (et 50 précédemment), à 33 pour Portsmouth, à 43 pour Preston. Ce sont les villes les plus frappées. Voici, en ce qui concerne Londres, quelques détails complémentaires. Cette grande capitale est attaquée par la grippe depuis la semaine terminée le 23 décembre. Pendant la première semaine de 1900, il y a eu 3.266 décès (pour 4.411.710 habitants), tandis que la moyenne des dix années précédentes (en tenant compte de l'augmentation de la population) n'est que de 2.157 décès, soit un excès de 1.109 décès pour

cette seule semaine. Il n'est pas douteux que la grippe ne soit la principale, sinon l'unique cause, de cet accroissement du nombre des décès. Toutefois, cette cause n'a été formulée que pour 316 décès. »

La fièvre typhoïde à Saint-Cyr.

Plusieurs cas de fièvre typhoïde ont éclaté à l'Ecole militaire de Saint-Cyr. Certains journaux ayant grossi démesurément les faits, l'agence Havas a communiqué la note suivante :

« Le bruit a couru que l'état sanitaire de l'Ecole de Saint-Cyr était devenu très mauvais depuis quelques jours, à la suite de la contamination d'une des sources qui alimentent cet établissement. La vérité est qu'un aqueduc a, en effet, été contaminé, sans qu'on ait pu encore déterminer la cause de cet accident. Dès que cette circonstance a été signalée, la source desservie par cet aqueduc a été isolée et la distribution d'eau de cette provenance a été arrêtée. 18 élèves, sur un effectif de 1.070 présents, ont souffert, deux jours après, d'embarras gastriques dont la cause est peut-être l'absorption pendant un jour de l'eau contaminée. Ces élèves sont en voie de rétablissement. L'alimentation d'eau potable de bonne qualité est d'ailleurs assurée d'une manière complète. L'incident n'aura aucune suite fâcheuse pour la santé du personnel de l'Ecole. »

Le *Journal des Débats* a fait suivre la note de l'agence Havas des commentaires suivants :

« Malgré les données rassurantes de cette note même, voici quelques détails complémentaires qui seraient de nature à dissiper toute crainte, s'il y avait lieu d'en concevoir. On avait remarqué à l'Ecole, jeudi dernier, la coloration suspecte et l'impureté de l'eau distribuée : c'était, d'ailleurs, la première constatation qui en était faite. On suspendit aussitôt la distribution et toutes les mesures furent prises pour alimenter l'Ecole d'une autre eau. Le général commandant l'Ecole prescrivit, en outre, une enquête immédiate. L'enquête a permis de constater que, mercredi dernier, une voiture de vidange, appartenant à la Compagnie Guinon, par suite du mauvais état du chemin, avait été renversée sur la route qui longe la canalisation d'eau potable dont se sert l'Ecole de Saint-Cyr. Et, par suite du mauvais état de la maçonnerie de cette canalisation, des infiltrations se produisirent et l'eau fut gravement altérée. C'est à la suite de cette contamination que se produisirent les cas douteux dont nous parlons plus haut. Depuis vendredi la canalisation a été mise à nu afin de pouvoir en commencer la désinfection. La maçonnerie sera ensuite refaite sur tous les points où seront constatées des infiltrations. Toutefois, l'eau ne sera utilisée qu'après des analyses successives faites au Laboratoire municipal qui possède en ce moment un échantillon de l'eau contaminée.

« Terminons, pour rassurer toutes les inquiétudes, en disant qu'il n'y a pas, en ce moment, un seul cas de fièvre typhoïde à l'Ecole de Saint-Cyr. »

Influence de la race sur les variations de la mémoire.

Il est de par le monde, des savants qui se posent des questions bizarres. M. Colegrave, psychologue américain, est du nombre. Il se demandait : « D'un blanc, d'un Indien ou d'un nègre, d'un homme ou d'une femme, qui a la mémoire la plus longue? Se rappelle-t-on mieux les événements gais ou les événements tristes? Quelles sont les matières scolaires qu'on grave en mémoire le plus aisément et le plus longtemps? » Désirant être fixé sur ces douloureux problèmes, M. Colegrave a rédigé un questionnaire et il a prié des êtres humains de toute race, de tout âge et des deux sexes de répondre aux quatorze points d'interrogation qu'il pose. Les réponses parvenues ont donné les résultats suivants : L'être humain se rappelle mieux les souvenirs heureux que les jours de douleur. Seuls, font exception à cette règle les nègres. La race de Cham inscrit ses joies sur le sable et ses déboires sur le marbre. Ses idées sont essentiellement de la même couleur que sa peau. L'oncle Tom est l'architype du pessimiste. M. Colegrave a trouvé chez des blancs, des nègres et des Indiens, chez des hommes et chez des femmes, des individus ayant gardé en mémoire des événements remontant à la première année de leur existence. Observation bizarre : c'est de leur dix-huitième année que les 1.658 personnes consultées ont, en grande majorité, conservé le meilleur souvenir. La branche d'enseignement que les anciens écoliers se rappellent le mieux est l'histoire. Viennent ensuite la géométrie, le français, l'allemand, les coups de bâton... (*Débats.*)

Un nouveau journal médical.

Nous sommes heureux de souhaiter la bienvenue à un nouveau journal de médecine, la *Revue médicale de Normandie*, publiée par notre confrère, le Dr Durocque (de Rouen).

Cette revue, de 44 pages, qui paraît deux fois par mois, très soigneusement rédigée et éditée, compte dans son comité de rédaction les médecins et les chirurgiens les plus distingués et les plus jeunes de Rouen et du Havre. La collaboration de notre ami, le Dr Sorel, chirurgien de l'hôpital Pasteur du Havre, est une sûre garantie de la valeur scientifique de la *Normandie médicale*, et nous nous faisons un plaisir de lui souhaiter longue vie et prospérité. *La Rédaction.*

Enseignement médical libre.

Electricité médicale. — Le Dr L.-R. Regnier, chef du laboratoire d'électrothérapie de la Charité : conférences théoriques et cliniques hebdomadaires le samedi à 5 heures, au laboratoire.

Actes et Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.
(Voir page VI des annonces.)

FORMULES

VI. — Pommade contre les gerçures du sein..

Vaseline liquide. . . , ...	20 grammes.
Aristol	1 —

Appliquer après chaque tétée. (Vinay, cité par Crinon.)

VII. — Frictions contre la séborrhée du cuir chevelu chez les enfants.

Glycérine	50 grammes.
Alcool	20 —
Eau.	20 —
Borax	4 —

ou :

Résorcine.	1 gramme.
Eau de Cologne	30 —
Glycérine.	10 —
Alcool.	10 —
Teinture de cantharides.	1 —
Eau distillée.	50 —

(Comby).

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 21 au samedi 27 janvier 1900, les naissances ont été au nombre de 1218 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 458, illégitimes, 192. Total, 650. — *Sexe féminin* : légitimes, 413, illégitimes, 155. Total, 568.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1896 : 2 511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 21 au samedi 27 janvier 1900, les décès ont été au nombre de 1075, savoir : 527 hommes et 548 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 3, F. 8, T. 11. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 1, F. 0, T. 1. — Rougeole : M 9, F. 9, T. 18. — Scarlatine : M. 1, F. 0, T. 1. — Coqueluche : M. 1, F. 0, T. 1. — Diphtérie. Croup : M. 0, F. 3, T. 3. — Grippe : M. 8, F. 12, T. 20. — Phtisie pulmonaire : M. 117, F. 86, T. 203. — Méningite tuberculeuse : M. 9, F. 9, T. 18. — Autres tuberculoses : M. 10, F. 10, T. 20. — Tumeurs cancéreuses : M. 19, F. 33, T. 52. — Tumeurs autres : M. 1, F. 9, T. 10. — Méningite simple : M. 9, F. 16, T. 25. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 29, F. 19, T. 48. — Paralysie, M. 5. F. 8, T. 13. — Ramollissement cérébral : M. 8, F. 7, T. 15. — Maladies organiques du cœur : M. 28, F. 37, T. 65. — Bronchite aiguë : M. 8, F. 11, T. 19. — Bronchite chronique : M. 16, F. 16, T. 32. — Broncho-pneumonie : M. 30, F. 29, T. 59. — Pneumonie : M. 34, F. 33, T. 67. — Autres affections de l'appareil respiratoire: M. 35, F. 37, T. 72. — Gastro-entérite, biberon : M. 6, F. 10, T. 16. — Gastro-entérite, sein : M. 3, F. 0,

T. 3. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 1, F. 4, T. 5. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 3, F. 2, T. 5. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale : M. 8, F. 21, T.29. — Sénilité : M. 12, F. 26, T. 38. — Suicides : M. 11, F. 4, T. 15. — Autres morts violentes : M. 10, F. 9, T. 19. — Autres causes de mort: M. 81, F. 75, T. 156. — Causes restées inconnues : M. 11, F. 2, T. 13.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 74, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 33, illégitimes, 14. Total : 47. — *Sexe féminin* : légitimes, 16, illégitimes, 11. Total : 27.

MÉDECINS SÉNATEURS. — Dimanche dernier ont été élus aux élections sénatoriales MM. les Drs Bataille (Puy-de-Dôme), Béraud (Vaucluse), Bontemps (Haute-Saône), Boularan (Tarn), Collinot (Yonne), Contancin (Vienne), Francoz (Haute-Savoie), Guillemaut (Saône-et-Loire), Guyot (Rhône), Léon Labbé (Orne), Legludic (Sarthe), Lordereau (Yonne), F. Martin (Saône-et-Loire), Parisot (Vosges), Pédebidou (Haute-Pyrénées), Petitjean (Nièvre), Piettre (Seine), Quintaa (Basses-Pyrénées); Rolland (Tarn-et-Garonne); Sigallas (Var), Vagnat (Hautes-Alpes). Nos vives félicitations à nos confrères du Sénat qui sauront à l'occasion, nous l'espérons, y soutenir les intérêts médicaux.

MÉDAILLES DES ÉPIDÉMIES. — *Médailles d'argent* : MM. les Drs Barrême (médecin de la marine); Clouard, Rousselot-Bénaud (médecins des colonies). — *Médailles de bronze* : M. le Dr Le Moal (médecin des colonies); MM. Rajohauesa (interne à l'hôpital indigène de Tananarive); Béjouahary (étudiant en médecine à l'hôpital indigène de Tananarive).

LEGS A L'HÔPITAL DE CLAMART. — On nous annonce la mort de M. Hunebelle, qui fut maire de Clamart pendant plus de quarante ans. Par son testament, M. Hunebelle lègue à cette commune : 400.000 francs pour la création de vingts lits et l'achèvement de l'hôpital Sainte-Emilie; 150.000 francs pour le bureau de bienfaisance; 30.000 francs à l'église de Clamart. Enfin, M. Hunebelle fait à diverses œuvres et à des particuliers de Clamart des dons importants. Le total des sommes ainsi léguées s'élèvent à près d'un million. (*Le Temps* du 31 janvier 1900.)

MISE A LA RETRAITE DU Dr SCHENK. — Le Dr Schenk, professeur à l'Université de Vienne et directeur de l'Institut d'embryologie, dont le livre sur la différenciation des sexes par l'alimentation de la femme pendant la grossesse a fait tant de bruit, il y a deux ans, vient de prendre un congé illimité en attendant sa retraite. Le livre du Dr Schenk avait provoqué un vif mécontentement parmi les professeurs de l'Université qui lui reprochaient d'avoir sacrifié la science à ses ambitions personnelles et d'avoir ainsi diminué le prestige de l'Université. Une enquête disciplinaire instituée à ce sujet vient de conclure à un blâme à l'adresse du Dr Schenk, et le Ministre de l'Instruction publique, sur la proposition du conseil académique, lui a fait entendre qu'il avait à demander sa retraite, sinon qu'elle lui serait donnée d'office. (*Le Temps* du 7 janvier 1900.)

TOUJOURS LA DIRECTION DE L'INTENTION. — ... Et même, selon notre célèbre père Lamy, il est permis aux prêtres et aux religieux de prévenir ceux qui les veulent noircir par des médisances, en les tuant pour les en empêcher. Mais c'est toujours en dirigeant bien l'intention. Voici ses termes (t. V, disp. 36, n° 118) : « Il est permis à un ecclésiastique, ou à un religieux, de tuer un calomniateur qui menace de publier des crimes scandaleux de sa communauté, ou de lui-même, quand il n'y a que ce seul moyen de l'en empêcher, comme s'il est prêt à répandre ses médisances si on ne le tue promptement. Car, en ce cas, comme il serait permis à ce religieux de tuer celui qui lui voudrait ôter la vie, il lui est permis aussi de tuer celui qui lui veut ôter l'honneur, ou celui de sa communauté, de la même sorte qu'aux gens du monde. » — Je ne savais pas cela, lui dis-je, et j'avais cru simplement le contraire sans y faire de réflexion, sur ce que j'avais ouï dire que l'Eglise abhorre tellement le sang, qu'elle ne permet pas seulement aux juges ecclésiastiques d'assister aux jugements criminels. (Pascal, *Lettres provinciales*, t. I, p. 99.)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Pr TOURDES, doyen honoraire de la Faculté de Médecine de Nancy, agé de 90 ans. Il était officier de la Légion d'honneur et associé national de l'Académie de Médecine. Le nom de Tourdes est connu et apprécié de tous les médecins légistes. Vice-président de l'Association des médecins de France, nos confrères ont pu encore, à une récente assemblée générale de l'Association, admirer la verte vieillesse de M. le Pr Tourdes. — M. le Dr Ch. DELSTANCHE, spécialiste des maladies du nez, du larynx et de la gorge, dont la réputation en Belgique était établie par d'importants travaux, est mort à Bruxelles où sa famille a fourni plusieurs générations de médecins distingués. En 1866, il conquit une légitime popularité pendant l'épidémie cholérique, en choisissant, pour exercer sa mission de médecin des pauvres, le quartier le plus malsain et le plus populeux de Bruxelles : la rue Haute. — M. le Dr BOYER, médecin de marine, a été trouvé mort le 28 janvier dans son bureau à Lorient. Un médecin, appelé en toute hâte, a constaté que le malheureux s'était tiré deux balles, l'une dans la poitrine, l'autre dans la bouche.

Chronique des Hôpitaux.

HOTEL-DIEU. — Le Dr LUCAS-CHAMPIONNIÈRE : leçons de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu à dix heures, tous les jeudis. Opérations avant la leçon. Opérations abdominales le mardi. Le mercredi et le samedi visite dans les salles.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. le Dr BÉCLÈRE, conférences de radioscopie médicale avec présentation de malades, le dimanche à 10 heures du matin.

Clinique des affections du système nerveux. — M. GILBERT BALLET, leçons cliniques sur les affections du système nerveux et la pathologie mentale, hôpital Saint-Antoine (Amphithéâtre de la clinique de la Faculté), le dimanche, à 10 heures.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h. 1/2. Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée); présentation de cas cliniques, etc. — *Service de* M. le Dr P. MARIE. Le service de l'infirmerie de Bicêtre comprend un grand nombre de malades atteints d'affections chroniques et particulièrement d'affections du système nerveux. Ce service est ouvert aux étudiants et le samedi a lieu, à 9 h. 1/2, une visite générale au cours de laquelle le Dr Pierre Marie présente les malades les plus intéressants.

CLINIQUE TARNIER. — M. le Pr BUDIN : Mardi et samedi à 9 heures, leçons à l'Amphithéâtre. — Lundi et jeudi, lecture raisonnée des observations de la semaine. — Mercredi, leçons de séméiologie obstétricale. — Vendredi, consultations des nourrissons tous les jours, à 5 heures, cours théorique d'accouchement.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Clinique des maladies du système nerveux.* — M. GILLES DE LA TOURETTE, agrégé, suppléant M. le Pr Raymond, les mardis et vendredis à 10 heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENT DE PARAITRE AU *PROGRÈS MÉDICAL*
14, RUE DES CARMES A PARIS.

THULIE (H.). **Le dressage des jeunes dégénérés ou orthophrénopédie.** Tome VI de la *Bibliothèque d'Education spéciale*. Volume in-8 de IV-678 pages, avec 53 figures. — Prix : 8 fr. — Pour nos abonnés . . . . 6 fr.

PORNAIN. **Assistance et traitement des idiots, imbéciles, débiles, dégénérés amoraux, crétins, épileptiques (adultes et enfants). Assistance et traitement des alcooliques. Colonies familiales.** (Aperçu critique sur l'article 2 du nouveau projet de loi portant revision de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés). Avec une préface de M. le Dr MAGNAN. Tome VII de la *Bibliothèque d'Education spéciale.* Un volume in-8 de IV-212 pages. — Prix : 5 francs. — Pour nos abonnés . . . . 3 fr. 50

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

Le Progrès Médical

ÉLECTROTHÉRAPIE

Traitement du goitre exophtalmique par la voltaïsation stabile ;

Par le Dr L.-R. REGNIER, chef du Laboratoire d'électrothérapie et de radiographie de la Charité.

Malgré les quelques succès des opérations chirurgicales pratiquées depuis deux ou trois ans pour le traitement de cette affection, les résultats publiés ne sont pas encore tellement nombreux et significatifs que l'intervention médicale, et surtout le traitement électrique, ne puissent entrer en comparaison et justifier leur emploi.

Dans un travail communiqué au Congrès des Aliénistes et Neurologistes de Bordeaux en 1895, j'ai relaté la première observation de goitre exophtalmique que j'avais traité par la voltaïsation stabile et exposé les raisons qui me font donner la préférence à cette forme particulière de l'énergie électrique : action modératrice sur le cœur, action électrolytique sur la tumeur, action excitante sur la sécrétion de la glande, action régulatrice sur le nerf grand sympathique dans ses diverses fonctions, absence de tout danger. Je n'y reviendrai donc pas ici. J'ai continué, depuis, à soigner ce malade, il était guéri au mois de janvier 1896 et n'a pas eu de rechute depuis. Incapable alors de travailler, il est actuellement employé depuis trois ans à l'administration du Mont-de-Piété à Paris.

Ayant eu l'occasion de soigner cinq nouveaux cas, je vais ici les relater, persuadé que l'observation clinique est en thérapeutique le meilleur criterium.

OBSERVATION I. — Le premier cas est celui d'une femme de 22 ans, couturière, entrée dans le service de M. le Pr Potain à la Charité, en juin 1897. La maladie est survenue à la suite d'une peur.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique, mère nerveuse, une sœur hystérique, un frère migraineux.

Antécédents personnels. — Bien portante dans la première enfance. Rougeole à 10 ans. Réglée à 13 ans sans accidents notables. La malade est d'un tempérament nerveux, facilement émotive. Le teint est pâle, les conjonctives légèrement décolorées.

8 juin. — Pouls à 120. Souffle anémique à la base du cœur qui paraît un peu dilaté ; la pointe bat dans le sixième espace intercostal un peu en dehors de la ligne mamelonnaire. Battements carotidiens peu marqués. La tumeur, surtout développée du côté droit, a crû rapidement ; elle est animée de battements artériels peu prononcés. Tour de cou 32 centimètres. Exophtalmie légère bilatérale ; pas de larmoiement, pas de diminution de l'acuité visuelle, mais la vue se fatigue au moindre travail. Pas de diplopie, ni d'amblyopie, quelques mouches volantes, pas de photophobie. Pas de signe de Graefe, pas de signe de Stellvag. Ni difficulté de convergence, ni ophtalmoplégie externe, pas de parésie faciale. La parésie musculaire se traduit par un dérobement des jambes assez fréquent, réflexes rotuliens conservés. Ni crampes, ni contractures, pas d'atrophie musculaire. Tremblement peu marqué, intermittent, pas de troubles sensitifs. Quelques bouffées de chaleur, pas de sueurs profuses, un peu de polyurie sans albuminurie ni glycosurie. La malade est un peu agitée et surtout triste. Pas de pigmentation anormale de la peau. Un peu d'anorexie, ni vomissements, ni diarrhée. Pas de dyspnée. Les règles sont irrégulières et peu abondantes. RE = 1.011 ohms.

TRAITEMENT. — Voltaïsation stabile ; électrode négative de 200 centimètres carrés sur le dos, électrode positive de 80 centimètres carrés sur la tumeur, séances de 20 minutes I = 10 mA. Séances trois fois par semaine.

22 juin. — Amélioration notable. Le pouls est à 90. La dilatation du cœur a diminué, la pointe bat sur la ligne mamelonnaire ; les battements de la tumeur et des carotides ont presque disparu, le cou mesure 30 cent. 1/2. La fatigue de la vue pendant le travail est moins prononcée, moins de parésie musculaire. Les bouffées de chaleur ont presque disparu, le caractère est plus gai. Les règles sont venues à leur époque normale encore peu abondantes. RE = 1.100 ohms.

12 juillet. — L'amélioration continue à s'accentuer. Le cou mesure 29 cent. 8. Plus de parésie musculaire, plus de polyurie. RE = 1.300 ohms.

31 juillet. — L'amélioration s'est encore accentuée. Pouls 70, plus de battements. La tumeur du cou a presque entièrement disparu. Il ne mesure plus que 28 cent. 1/2. Règles normales, plus d'anorexie. RE = 1.600 ohms.

Malgré mes conseils, la malade a quitté l'hôpital et n'a plus suivi son traitement, elle se considérait comme guérie.

OBS. II. — Cette deuxième observation concerne une femme de 38 ans, venue à la consultation électrothérapique de la Charité le 21 *mai* 1899. Employée à l'administration de l'Assistance publique. Impossible d'avoir des renseignements sur ses antécédents héréditaires et personnels, la malade refusant de répondre. Elle a été prise brusquement, 15 jours avant l'examen, à la

suite d'une très vive contrariété, de gonflement du cou, de fièvre et de palpitations; ce sont ses propres expressions.

Je trouve en effet le pouls à 13°, quelques battements carotidiens, le cœur ne semble pas dilaté. Le goitre prédomine à droite. Il est mou et plus uniforme que celui de la malade de l'observation I. La malade se refuse à laisser mesurer son cou. L'exophtalmie est peu prononcée, pas de troubles moteurs ni sensitifs de l'appareil de la vision. Parésie musculaire des membres inférieurs assez marquée; fortes bouffées de chaleur, pas de polyurie, pas de pigmentation anormale de la peau au moins dans les parties découvertes.

La malade est très agitée, très impressionnable, insomnie rebelle, caractère désagréable. Appétit plutôt exagéré. RE = 1.200 ohms.

Traitement. — Voltaïsation stabile pôle — à l'électrode de 200 centimètres carrés sur le dos pôle + à l'électrode de 80 centimètres carrés sur la tumeur.

22 juin.— Amélioration notable, le pouls est à 90, la parésie musculaire a presque disparu, il y a encore des bouffées de chaleur, le cou paraît encore un peu gros mais il a certainement notablement diminué. RE. 2.000 ohms. La malade n'est plus revenue.

Obs. III. — Ce troisième cas est aussi survenu chez une jeune femme de 22 ans entrée dans le service de M. le Pr Potain le 10 juillet 1899.

Antécédents héréditaires. — Père rhumatisant, mère nerveuse, un frère a des migraines, une sœur a eu de la chorée.

Antécédents personnels. — Rougeole à 8 ans, scarlatine à 13 ans. Réglée à 14 ans 1/2 sans accidents notables. La malade est d'un tempérament facilement émotif : jamais cependant elle n'a eu de crises nerveuses ni de chorée, pas de rhumatisme. Elle est régulièrement réglée. Ses époques durent 3 à 4 jours mais sont peu abondantes. Assez bon appétit, pas de troubles digestifs, un peu de constipation. A la suite de fatigues dues à des veillées prolongées la malade a été prise de palpitations violentes, d'essoufflement et s'est aperçue que son cou grossissait; c'est ce qui l'a décidée à entrer à l'hôpital. A la simple inspection, on constate aisément la présence d'un goitre, pas très volumineux, occupant surtout le lobe droit de la glande thyroïde. On n'y voit pas de battements, et ce n'est qu'en appliquant la main dessus qu'on sent des pulsations artérielles un peu plus énergiques qu'à l'état normal. Les pulsations de la carotide droite sont aussi un peu plus accentuées, mais il n'y a ni souffles vasculaires, ni souffles cardiaques; le cœur n'est pas sensiblement augmenté de volume. Le pouls bat à 90 pulsations, pas d'exophtalmie, pas de troubles sensitifs ni moteurs du côté de l'appareil de la vision. Pas de parésie musculaire appréciable, réflexes rotuliens normaux, ni crampes ni contractures. Tremblement très léger, pas de névralgies, pas de dyspnée, quelques rares bouffées de chaleur. C'est en quelque sorte un cas fruste. RE. = 1.800 ohms. L'état mental paraît bon.

Traitement. — Voltaïsation stabile électrode négative de 200 centimètres carrés sur le dos, électrode positive de 80 centimètres carrés sur la tumeur, séances de 10 minutes I = 10 m A.

La malade est venue seulement six fois au service d'électrothérapie. Il y avait déjà une amélioration notable, mais son départ inopiné m'a empêché de compléter son observation.

Obs. IV.—Mme X... (*fig.*7), 28 ans, malade depuis dix-huit mois. Père et mère arthritiques. Dans sa jeunesse pas de maladies notables, rougeole à 8 ans, réglée à 15 ans, toujours irrégulièrement et peu abondamment. Sans avoir jamais eu de crises nerveuses, la malade a toujours été émotive avec un caractère changeant, alternativement triste ou gaie sans raisons déterminantes. Mariée depuis deux ans, elle n'a eu ni grossesse, ni fausse couche. Placière en lingerie avant sa maladie, elle a eu beaucoup de fatigues et de privations, marchant toute la journée, montant nombre d'étages avec des charges assez lourdes pour une femme, et avec cela plus ou moins mal nourrie.

Il y a 18 mois, elle a constaté que son cou commençait à gonfler, et aussi qu'elle éprouvait quelques palpitations ; plus de difficultés à monter les escaliers, puis, petit à petit, survinrent du tremblement, des bouffés de chaleur, pas de glycosurie, ni d albuminurie, pas d'œdème.

Cet état resta à peu près stationnaire jusqu'au mois de janvier, il était suffisamment gênant, cependant pour que la malade eût commencé à se soigner. Longtemps elle a pris des douches, qui ont amené quelque soulagement, puis au mois de septembre 1898, elle fut soumise au traitement par les pilules de Thyroïdine. Celui-ci la fit maigrir considérablement (10 kilogr.), mais ne lui procura aucun soulagement. A ce moment, il n'y avait ni troubles moteurs ni troubles sensitifs.



Fig. 7.

Au mois de janvier 1899, elle fut prise d'une bronchite aiguë qui dura six semaines. Pendant ce temps, elle eut quelques crachats sanguinolents, mais pas de véritables hémoptysies. Cependant elle ne se remit pas complètement, et lorsque je l'ai vue pour la première fois, le 6 juin, elle toussait encore beacoup.

Le *6 juin* 1899, elle présente les signes suivants : Le pouls est à 190°, avec battements carotidiens et épigastriques énergiques. Le cœur parait légèrement augmenté de volume, la pointe bat à 1 centimètre en dehors de la ligne mamelonnaire. Souffle anémique à la base, et bruit de diable dans les carotides.

Le goitre, plus développé à droite, présente aussi quelques battements artériels. Le tour du cou est de 35 centimètres. L'exophtalmie est bilatérale, un peu plus prononcée à droite ; pas de diplopie, ni d'amblyopie, un peu de difficulté de convergence. Un peu de retard du mouvement de la paupière sur celui de la cornée, des troubles visuels, caractérisés par une sorte de voile devant les yeux et quelques mouches volantes. La fente palpébrale semble un peu allongée mais l'occlusion de l'œil est complète, pas de parésie faciale. La parésie des membres inférieurs est très nette, fréquemment la malade sent ses jambes se dérober sous elle et tombe si on ne la soutient pas. Les réflexes rotuliens sont légèrement diminués. Ni crampes, ni contractures, ni tétanie. Pas de crises épileptiformes, pas d'atrophie musculaire.

Pas de névralgies. Un peu d'exagération de la sensibilité de la nuque. Légère douleur précordiale, l'épigastre est aussi

sensible. Les bouffées de chaleur sont très accentuées et accompagnées de sueurs profuses, la thermophobie est assez marquée. Les troubles psychiques sont très accentués et caractérisés, surtout par une agitation extrême, de l'hypochondrie et une insomnie rebelle.

Du côté de la peau, pas de pigmentation anormale, pas de vitiligo. — Légères varices aux membres inférieurs. La résistance électrique est de 850 ohms. L'appétit est peu considérable, irrégulier, pas de vomissements mais crises de diarrhée encore fréquentes. Pas d'ictère. La malade se plaint d'accès de dypsnée amenant une suffocation qui va jusqu'à la syncope, elle a une toux sèche fréquente, très fatigante. A l'auscultation on trouve aux deux sommets, mais surtout au droit, des signes non douteux de tuberculose : submatité, diminution des vibrations thoraciques, craquements secs. La radioscopie confirme l'examen ordinaire et montre les deux sommets envahis et quelques foyers disséminés dans le lobe moyen du poumon droit. Voltaïsation stabile électrode indifférente de 200 c^2 sur le dos reliée au pôle — électrode de 80 c^2 sur le goitre. I = 10 mA, séances de 20 minutes, trois fois par semaine.

8 *juillet*. — Il y a un peu d'amélioration, les crises d'étouffement sont moins fréquentes. Le pouls est à 160. Pendant la dernière semaine de juin il y a eu une crise de diarrhée qui a duré 8 jours. Le cou mesure 33 cent. 1/2. Les yeux sont moins saillants. RE = 960 ohms.



Fig. 8.

22 *juillet*. — L'amélioration continue. Pouls 150. La respiration est plus libre, les grands accès de suffocation ont cessé. Les bouffées de chaleur sont moins accentuées, les troubles oculaires ont diminué, ainsi que la parésie musculaire des membres inférieurs. Il n'y a pas eu de nouvelle crise de diarrhée. L'état mental de la malade est beaucoup meilleur. Cou 33 centimètres. RE 1000 = ohms.

26 *août*. — L'amélioration continue à s'accentuer. Pouls 140. Presque plus de suffocation. Pas de nouvelles crises de diarrhée. De temps en temps encore il y a dérobement des jambes, cependant la malade marche beaucoup mieux. Le cou mesure 32 cent 1/2.

5 *septembre*. — Pouls 130. Tour de cou 32 cent. RE = 1050 ohms.

1er *décembre*. — L'amélioration s'accentue de plus en plus, le cou ne mesure plus que 31 centimètres. L'exophtalmie a presque complètement disparu. Le pouls est à 90. RE = 1200 ohms.

OBS. V. — Jeune fille de 18 ans (*fig. 8*). Malade depuis 3 ans à la suite d'un torticolis qui a duré environ 6 semaines, elle s'est aperçue que son cou gonflait surtout du côté droit. Le gonflement a été en augmentant progressivement, l'œil droit a alors commencé aussi à gonfler et, comme ces symptômes empiraient, on a amené cette jeune fille à la Charité. Ce qu'il y a d'intéressant dans son cas, c'est l'existence de l'exophtalmie d'un seul côté, et une sorte de gonflement général de la face, qui fait paraître la moitié droite plus grosse que la gauche. Du côté droit elle se plaint de voir trouble et d'avoir, de temps en temps, comme des points noirs qui lui passent devant les yeux. Le pouls est à 100. Le cœur n'est pas hypertrophié. Souffle anémique marqué. Pas de battements carotidiens. Parésie musculaire peu accentuée, réflexes rotuliens normaux, ni crampes, ni tétanie, ni crises épileptiformes, ni atrophie musculaire. Tremblement surtout marqué pendant les mouvements volontaires. Pas de névralgies. Quelques bouffées de chaleur, un peu de transpiration; pas de thermophobie. L'état mental semble plutôt mélancolique, il est difficile d'arracher des réponses à la malade. Elle dort assez bien. Elle éprouve quelques troubles dyspeptiques avec vomissements. Pas de crises de diarrhée. Pas de pigmentation anormale de la peau. La RE du côté droit = 500 ohms du côté gauche 1200 ohms. Son traitement a été commencé le 1er septembre.

Malheureusement il n'a pu être continué, la malade ayant quitté l'hôpital le 15.

Il n'en est pas moins vrai que chez les malades qui ont eu la constance nécessaire le traitement a produit les meilleurs résultats et qu'avant de recourir à l'intervention chirurgicale il sera toujours utile d'essayer les effets du traitement électrique.

HYGIÈNE

Les vénériennes à Saint-Lazare.

(DEUXIÈME ARTICLE).

Par le Dr JULLIEN.

Dans une première communication fort courte, lue devant la Société de médecine de Paris, le 14 octobre 1899, M. Jullien a établi la proportion des affections vénériennes présentées par 1.000 malades prises parmi celles qui sont entrées, en l'espace de 10 ans, dans son service de Saint-Lazare. Il trouve 177 filles soumises pour 823 clandestines. Trois ages, 17, 18 et 19 ans, ont le privilège de l'irritiation à la débauche et c'est l'âge de 18 ans qui tient le record.

La *blennorrhagie* (sous cette rubrique sont rangés tous les écoulements des voies uréthro-génitales) figure pour plus de 650 cas, soit 65,1 0/0.

La *syphilis* en frappe 421, soit 42,1 0/0.

Les *végétations* donnent 13,8 0/0. Le *chancre mou* 3,8 0/0; l'*herpès*, 3,6 0/0 et la gale 6 0/0.

I. — *Age auquel les femmes deviennent syphilitiques.*

La syphilis est de tous les âges chez les prostituées, car il en est peu qui lui échappent et ses effets se prolongent sur la vie entière, mais il nous a paru intéressant de rechercher à quel âge la femme débauchée est le plus exposée à contracter cette infection; autrement dit : à quel âge correspond la proportion la plus élevée de chancres primitifs. Le tableau suivant va nous éclairer sur ce point. Sur 1.000 femmes vénériennes, nous avons observé 123 chancres, les uns à peine cicatrisés, les autres, développés sous nos yeux depuis la première heure, 99, soit 80,48 0/0 chez les clandestines et 24 seulement, soit 19,51 0/0 chez les surveillées. C'est un accident précoce que nous étudions, une des premières tares professionnelles; ne nous étonnons pas qu'il soit plus fréquent chez les débutantes, c'est-à-dire les insoumises.

					TOTAL.	
13 ans	1 cas (clandestine)	1 0/0	0 (fille soumise)			
14 —	0 —	— 0			1	0,81 0/0
15 —	4 —	— 4			4	3,25
16 —	2 —	— 2			2	1,62
17 —	18 —	— 18	1 cas —	4,16 0/0	19	15,44
18 —	17 —	— 17	7 —	— 29	24	19,51
19 —	16 —	— 16			16	13,00
20 —	11 —	— 11	3 —	12,50	14	11,38
21 —	9 —	— 9	2 —	8,33	11	8,94
22 —	7 —	— 7	3 —	12,50	10	8,13
23 —	3 —	3	1 —	4,16	4	3,25
24 —	2 —	2	0 —	0	2	1,62
25 —	3 —	3	0 —	0	3	2,43
26 —	0 —	0	2 —	8,43	2	1,62
27 —	1 —	1	0 —	0	1	0,81
28 —	3 —	3	1 —	4	4	3,25
29 —	1 —	1	0 —	0	1	0,81
30 —	1 —	1	2 —	8,33	3	2,43
31 —	0 —	0	0 —	0	0	
32 —	0 —	0	2 —	8,33	2	1,62
	99		24		123	

Rien de plus clair, ni de plus facile à interpréter. La dix-huitième année reste toujours l'année fatale, qui sème la vérole sur 19 0/0 de nos femmes prises en masse, soit près du cinquième; 17 ans arrive en seconde ligne avec 15,44 0/0; 19 ans avec 13 0/0 vient en troisième rang, puis 20 ans 11,38 0/0, 21 et 22 ans avec 8,94 et 8,13 0/0. En chiffres ronds, nous voyons donc que la prostiuée est infectée, entre 17 et 20 ans, dans près de la moitié des cas, soit 47,95. Les risques courus au delà visent la vingtième, la vingt et unième et la vingt-deuxième années, qui comptent ensemble 23,45 0/0 des cas d'infection. Les rares infections notées ensuite sont très exceptionnelles, et au delà de 32 ans notre statistique n'en contient pas, ce qui ne veut pas dire que, sur d'autres groupes d'hospitalisées, je n'en aie pas observé à un âge même beaucoup plus avancé.

Comparons, maintenant, à ce point de vue spécial, les clandestines et les cartées. Ces premières offrent le maximum de vulnérabilité à 17 ans, avec 18 0/0. Viennent ensuite 18 ans (17 0/0), 19 ans (16 0/0), 20 ans (11 0/0), 21 ans (9 0/0), 22 ans (7 0/0). Au delà de 22 ans, nous n'inscrivons plus que 14 0/0 de contamination.

Les prostituées régulières payent le plus lourd tribut à 18 ans avec 29 0/0, mais les années vingtième, vingt et unième, vingt-deuxième et vingt-troisième, avec 12,50 0/0, 8,33 0/0, 12,50 0/0 et 4,16 0/0, sont fortement grevées avec 37,49 0/0. Enfin nous retrouvons encore des cotes menaçantes à 26, 30 et 32 ans, 8,33 0/0 pour chacune de ces années soit 25 0/0, c'est-à-dire le quart des chancres primitifs au cours de ces années, respectées chez les insoumises, cela n'a pas lieu d'étonner si l'on réfléchit qu'au delà de 20 ans, le nombre des insoumises diminue dans une proportion énorme, puisqu'à partir de 25 ans leur nombre varie entre cinq et dix sur 1.000, proportion absolument infime.

Résumons-nous, c'est à 18 ans que ce péril syphilitique menace surtout la femme débauchée, cependant, nombre d'insoumises sont infectées à 17 ans, et les chances de contagion reculée sont redoutables encore jusqu'à 30 ans chez les professionnelles régulières.

II. — *Durée de l'hospitalisation des malades atteintes de chancres primitifs.*

On croit généralement que les malades atteintes d'un chancre syphilique recoivent leur *exeat* dès sa cicatrisation constatée, et ce n'est pas un des moindres griefs argués contre les médecins de Saint-Lazare que celui de relâcher des femmes en puissance d'infection et à la veille d'éruption inéluctables. Pour combattre une telle opinion, il me suffira de relever sur mes registres dix cas de chancre syphilitique et de noter la durée du séjour correpondant.

N° du registre 1361.	durée	147	jours.
— 1380.	—	164	—
— 1406.	—	111	—
— 1436.	—	84	—
— 1512.	—	84	—
— 1536.	—	238	—
— 1608.	—	75	—
— 1636.	—	164	—
— 1650.	—	234	—
— 1695.	—	127	—
	Total	1338	

Cette durée de séjour est donc en moyenne de 133 jours, soit près de quatre mois et demi. Il suffit de connaître l'évolution de la syphilis pour comprendre que dans les cas ordinaires, avec le traitement ordinaire, je veux dire le traitement ancien, des soins prolongés durant quatre mois, suffisent à triompher des premières poussées, et à conduire le sujet jusqu'à un des entr'actes plus ou moins prolongés de la diathèse.

Mais il y a plus, dans beaucoup de services aujourd'hui, et notamment dans celui que j'ai l'honneur de diriger, le traitement par les injections massives de calomel ou d'huile grise est exclusivement employé, et son efficacité est telle, que dans une notable proportion des cas, les accidents consécutifs ou ne se montrent pas, ou se montrent à peine, et tellement légers et insignifiants qu'ils semblent provenir plutôt d'une vérole qui s'éteint, que d'une infection en phase floride. Ce n'est pas ici le lieu d'insister sur des faits et des résultats que j'ai maintes fois exposés ailleurs, mais on comprend quelle importanec il convient de leur attribuer dans l'appréciation des meilleurs modes de traitements spécifiques, applicables aux prostituées.

III. — *Considérations sur la possibilité de ramener au bien les prostituées.*

Les causes qui conduisent une femme à la perdition sont parfois très futiles, mais il n'en est pas de même de celles qui peuvent la ramener au bien. Celles-ci exigent un ensemble de bonnes volontés, une combinaison d'efforts, une profusion de ressources, pour tout dire, une réunion de circonstances réellement exceptionnelle.

Je ne nie pas que la misère soit avant tout la mauvaise conseillère ; tel est le cas d'une veuve amenée récemment dans mon service et qui était descendue sur le trottoir pour procurer du pain à sa petite fille. « Je ne veux pas abandonner mon enfant, me disait-elle, et tant que je n'aurai pas trouvé d'ouvrage, je vous avertis que je recommencerai. » Mais à côté de cette malheureuse, dont le vice n'est pas sans excuse, combien d'autres n'ont obéi qu'à la paresse, aux mauvais exemples, aux conseils pervers, ou simplement au capriee! Une fille arrive vierge de la Bretagne, entre à Paris comme femme de chambre, est peu après débauchée par un jeune domestique, et moins de six mois après tombe entre les griffes d'un misérable, un coiffeur, qui lui fait quitter sa place et la force à racoler. Comme elle était fort jolie, elle devait lui rapporter 20 francs par jour, et ce fut la police des

mœurs, en l'arrêtant, qui la délivra de cet abominable servage. Mais voici un autre cas : une gentille blonde, de 22 ans, a été mariée, a quitté son mari, brutal et jaloux, et est allée vivre avec un ouvrier honnête et travailleur qu'elle aime. Il ne la laisse manquer de rien, et cependant elle est prise en flagrant délit de provocation sur la voie publique et envoyée dans mon service. Je la questionnai longtemps pour arriver à me faire une idée de cette mentalité, et je finis par apprendre qu'elle avait été conduite, pour ainsi dire, par la main, par une fille, une ancienne camarade qui avait mal tourné et qui avait apporté, dans cet apostolat, autant d'amour-propre que de persévérance : « Tu vois bien, lui disait-elle, après son premier *levage*, que ce n'est pas si terrible que tu le pensais. »

Il faut donc faire une grande place à l'inconsistance du caractère féminin, à la légèreté de ces cervelles d'oiseaux, toujours à la merci d'un mouvement d'humeur, d'un coup de tête, d'un réflexe inattendu, et se souvenir que quelques-unes des plus abjectes sont sorties du bien-être pour se ruer à l'infamie. Celles-là étaient nées marquées du sceau fatal et s'annoncèrent, dès le jeune âge, ce qu'elles seraient plus tard en désespérant leurs père et mère. « Je vous prie, m'écrit une veuve chargée d'enfants, de bien vouloir prendre égard à ma malheureuse fille, qui est à l'infirmerie de Saint-Lazare. Il m'est impossible de la reprendre, je lui ai signé une correction de six mois, elle m'a suppliée de la retirer, non je ne le ferai pas, car c'est bien de sa faute à la malheureuse, elle n'a jamais voulu écouter mes bons conseils, car je suis veuve avec quatre enfants, dont elle est l'aînée, et elle m'a toujours produit beaucoup de peine et de chagrin. »

Un de mes autres correspondants fait entendre, également, une note bien juste, en me conjurant de renvoyer son amie, qui est aussi sa payse : « Je vous dirai que j'ai fait savoir à ses parents qu'elle est malade dans un hôpital, à l'Hôtel-Dieu, mais à présent son frère vient à Paris avec sa femme, et je ne saurai que faire et dire, car si sa mère, qui est dévote, le savait, elle en ferait une maladie. Monsieur le Docteur, faites cela pour sauver l'honneur d'une pauvre fille, car *la moitié du temps elle ne sait ce qu'elle fait*, et qui pourrait entrer dans sa famille sans tache. »

L'œuvre de réhabilitation a toujours tenté les nobles cœurs, et quelles que soient les amères leçons de l'expérience, le nombre de ses prosélytes n'est pas près de diminuer. L'Administration doit être nommée en tête, car on ne peut lui reprocher d'avoir méconnu son devoir. En 1889, ayant été dûment autorisé par M. Lépine, alors secrétaire général de la Préfecture de Police, j'ai pu, grâce à l'obligeance de M. le Dr Passant, médecin en chef du dispensaire, suivre pendant quelques mois toutes les opérations du bureau des mœurs. M. Bard était, à cette époque, le directeur de fait de toute cette organisation qui n'eut guère de mystère pour moi. Tous les jours j'étais témoin de ses exhortations, de ses efforts incessants, pour tirer ses malheureuses clientes de la boue. Je connus les lettres adressées aux parents, aux curés, pour solliciter leur généreuse intervention, les retours payés au pays natal, les envois discrets dans les maisons charitables et les refuges, les menaces de la correction : « Ah ! Monsieur, dit l'une d'elles, j'en sors de la correction, et je ferai la noce quand même. — Quand on va en correction, dit une autre, on entre bonne et l'on sort pire. — Et puis quoi, ajoute une troisième, c'est fini, c'est décidé, je l'ai dans la tête, je continuerai tout à fait. — Me renvoyer dans ma famille, s'exclame une dernière, ce serait du propre, mon père me fait des saletés tout le temps. » Mais, qu'une malheureuse affirmât son intention de changer de vie et se lamentât de ne pouvoir trouver du travail : « C'est bien, répondait le juge paternel, on vous conduira rue de Lourmel, on vous recommandera à telle maison ou providence. »

J'ai bien souvent assisté aux séances du vendredi, jour où se tenait la commission dite de l'inscription, et que de fois n'ai-je pas vu refuser leur carte à des femmes qui suppliaient qu'on les inscrivît, alors qu'il restait une chance de les sauver. Je me rappelle notamment une superbe fille de 19 ans, qui vint d'elle-même se présenter sans arrestation préalable. « Voyons, vous n'y pensez pas, lui répondit-on, vous n'avez pas essayé sérieusement de vous tirer d'affaire ? » Un des commissaires de police présents s'offre à lui procurer une place de femme de chambre. « Pardon, Monsieur, j'ai mon certificat d'études. — Mais alors, que voulez-vous faire ? — Entrer en maison, Messieurs, il y a un mois que j'y réfléchis, et j'y suis toute décidée, au moins, je serai tranquille et on ne m'aura pas pour rien, d'ailleurs je me respecte trop pour faire les rues. » Si la belle n'eut pas ce jour-là ce qu'elle désirait, il ne lui fut pas bien difficile de l'obtenir quelques jours après, en se faisant sciemment et délibérément prendre en flagrant délit ; et je la vois encore entrer pleine de fierté dans le cabinet de M. Bard. « Eh bien ! me la refuserez-vous maintenant ma carte ? »

Cependant, malgré ses louables tentatives, l'Administration aboutit bien rarement, parce qu'en somme ses moyens sont limités, et puis les femmes se défient. Il est tout naturel que, pour ces révoltées, la police, avec son arsenal repressif, soit l'ennemie, qu'elles refusent d'écouter ses meilleurs conseils et que, systématiquement, elles aient peur de ses représentants les mieux intentionnés, *et dona ferentes*. Alors, quand on leur propose du travail, elles répondent en haussant les épaules : « *Turbiner* pour gagner 40 sous par jour ! » Ou bien : « Donnez-moi ma liberté, et je saurai bien en trouver moi-même, j'aime mieux. » Cette autre a deux enfants et fond en larmes quand on parle de les placer loin d'elle : « Je vous en prie en grâce, donnez moi ma carte et laissez-moi mes enfants, je me charge de les nourrir avec. »

A Saint-Lazare c'est aussi la conspiration pour arracher sa proie au monstre. Les religieuses de Marie-Joseph déploient dans ce but un zèle admirable, et l'on peut dire qu'il n'en sort pas une pécheresse dont le siège n'ait été fait. Mais combien peu se rendent ! Il faut tenir compte de l'état de révolte dans lequel la détention tient ces malheureuses, elles et leurs familles. Les lettres que nous recevons quotidiennement le disent assez : « Toujours rien, toujours cloitrée, m'écrit une mère, c'est donc à perpétuité que vous allez garder ma fille. Il y a des condamnés que Monsieur le Président de la République a des égards, mais je vois avec regret de le dire que M. Jullien n'en a guère pour ma fille. » N'oublions pas non plus l'influence du milieu ; à l'Infirmerie elles sont chez elles entre elles, et les bavardages vont leur train, les projets d'avenir, les associations, les ménages bien souvent, les ménages façon Lesbos, comme l'on pense. On a beau séparer les filles soumises des clandestines, la corruption s'approfondit, se propage, se perfectionne, elle se trouve en un milieu si parfaitement idoine, que la culture n'a pas

chance de rester stérile, le germe lève et prospère, et les courageuses filles de la Charité en demeurent les spectatrices désolées. Mais leur ardeur est inlassable et parfois une conversion vient la récompenser, le ruban bleu parait au cou d'une de nos malades où parfois il voisine avec la roséole, et nous apprenons que le Bon Pasteur a retrouvé une de ses brebis. Souvent même une touchante cérémonie est annoncée, c'est le baptême, c'est la première communion d'une de ces enfants sorties du ruisseau, qui ne savent rien de leur père, ni de leur mère et ont grandi dans le vice, leur atmosphère natale et pour ainsi dire leur seul milieu respirable. Je comprends toute la joie qu'apporte au cœur un seul de ces sauvetages, d'autant plus que les effets en sont souvent durables et quelquefois définitifs. Je me souviens d'une fillette qui naquit ainsi à la vertu dans mon service, et qui, deux ans plus tard, prit le voile dans un couvent de Sens. Je transcris ici quelques lignes qu'elle m'écrivit à ce moment : « C'est avec plaisir que je me permets de venir vous rappeler l'enfant dont vous vous êtes occupé, voilà deux ans, je n'ai pas besoin de vous dire à quel endroit, car cela me coûte toujours à redire. Je connais et veux écouter la voix de la reconnaissance qui me parle au cœur, et je sollicite la permission d'aller vous rendre une visite pour vous expliquer en toute simplicité les sentiments qui m'animent. Signé Caroline X..., enfant de Marie. » Quoi qu'il en soit, ce sont là des cas d'exception, les excellentes sœurs font ce qu'elles peuvent, avec les pauvres moyens dont elles disposent, mais si miraculeuse que je l'estime, leur pêche n'est pas bien abondante.

Que dire des sauveteurs d'occasion, souvent même plus désintéressés qu'on ne croit. Un avocat qui se dit l'ami, rien que l'ami, de la sœur d'une de mes malades sollicite la grâce, c'est-à-dire la sortie prochaine de cette dernière : « S'il fallait, ajoute-t-il, faire un petit sacrifice pour subvenir à ses besoins à sa sortie, je le ferais avec plaisir. » Combien de personnes charitables se joindraient avec empressement à ces généreux souscripteurs, si elles savaient !

Enfin, ce serait une injustice de méconnaître le rôle d'un amant sincèrement épris. La race des Des Grieux n'est pas éteinte, et j'en ai vu plus d'un à l'œuvre, essayant et, souvent avec plus de bonheur que ce parfait modèle des cœurs aveugles, la purification de leur objet dans les eaux lustrales de l'amour rénovateur. Je connais plusieurs de mes anciennes pensionnaires heureuses dans le mariage, et l'une d'elles embellit la vie d'un de nos confrères. Et de pareils dévouements ne sont pas, comme on pourrait le croire, l'apanage de la classe éclairée, aisée, raisonnante; qu'on lise, pour s'en convaincre, la page suivante, où se dévoile, en outre, un des plus tristes côtés de certain banditisme médical.

« Ma Demoiselle Rose, Peut-être croyez-vous être oubliée complètement, hé bien non, ce serait cependant une bien juste punition vis-à-vis la conduite que vous avez eue après toutes les recommandations que je vous ai faites. Excusez-moi ma faiblesse et je vous prie de croire que je suis toujours pour vous ce que j'ai toujours été. Quoique pour le moment il me soit impossible de vous faire quoi que ce soit, vu l'argent que je dépense depuis un mois, car je suis atteint d'un commencement de tuberculose. Je suis allé chez plusieurs docteurs, sans pouvoir réussir à me faire guérir, en ce moment je suis chez un médecin qui me fait suivre un traitement qui me coûte très cher, car j'ai été obligé de verser 120 francs pour commencer seulement, pour les frais du médicament, et il m'en demande encore plus que cela pour m'appliquer le remède lui-même... Quoique n'étant pas très heureuse vous-même, vous voyez donc que je ne le suis pas non plus, et vous comprendrez qu'il m'a été impossible de faire quelque chose pour vous jusqu'à ce moment ni de m'occuper de votre chambre . Quand vous serez sortie, nous verrons ce que nous aurons à faire. Je termine en vous embrassant tendrement. »

Mais voici nos malades libérées. Elles ont repoussé les conseils de Saint-Lazare, elles se sont bouché les oreilles au dispensaire et l'ont fui avec horreur, elles sont libres maintenant, que vont-elles devenir? Il est triste de dire que 99 fois sur 100 elles se laissent ressaisir par le désordre et qu'elles redeviennent la proie du trottoir. Qui dira l'attirance des boulevards extérieurs, et l'attrait sans pareil du boulevard de Sébastopol, but des convoitises universelles ! Celle qui a bu l'affreux vin de la prostitution sera toujours tentée d'en reboire, celle qui a connu le farniente des longues journées et le gain assuré de la nuit reculera presque toujours devant l'effort nécessaire pour s'affranchir, et, reconnaissons-le, il leur faudrait un véritable héroïsme pour triompher de la coalition qui les assiège : habitudes anciennes, compagnonnage avec des filles de joie, des proxénètes, des courtiers de maisons de rendez-vous, des souteneurs, toute l'armée du vice en un mot, sans parler des logeurs, des teneuses de garni et des cabaretiers ; elles retombent donc dans le gouffre, elles y retombent forcément.

Cependant, cette passivité n'est pas absolument universelle, et j'ai connu de belles résistances. Je me rappelle une gracieuse enfant, un ancien modèle, qui quitta Saint-Lazare bien stylée et décidée à chercher une occupation honnête, ou tout au moins un abri provisoire pour lui permettre d'en trouver. Elle savait combien je m'intéressais à cette lutte pour la vertu et devait me tenir au courant. Hélas ! je ne le fus que trop, pendant près de huit jours je la vis venir et revenir à mon domicile en quête de nouvelles adresses et de recommandations. Il n'y avait de place nulle part, et comme il arrive presque toujours, elle était repoussée de partout. Une camarade lui avait offert la moitié de son lit dans un hôtel louche, et quand je cessai de la voir revenir, je n'eus pas de peine à deviner qu'elle ne luttait plus.

C'est pourtant cette heure qui est le moment propice pour conquérir ces infortunées, car elles sont en cet instant véritablement psychologique, isolées de l'ambiance nuisible, et dépourvues de ressources. L'intervention charitable qui saurait mettre à profit une minute de lassitude, de dégoût, pour entraîner, ne fût-ce que par caprice, inconstance ou coup de tête, une de ces étourdies, serait éminemment bienfaisante, car on pourrait compter que la conviction se ferait bien vite auprès de personnes honnêtes, intelligentes et bonnes.

Eh bien, il faut avoir la franchise de l'avouer, Paris manque de l'essentiel sous ce rapport, et à part le couvent du Bon-Pasteur, dont le refuge est toujours ouvert, et qui à lui seul produit d'inestimables résultats, les bonnes volontés sont paralysées par l'absolu défaut des moyens. Nous professons la plus grande reconnaissance pour les dévouements qui s'emploient dans ce couvent, mais nous devons à la vérité de dire que la règle sévère, le travail assidu, la nourriture grossière, l'hygiène certainement défectueuse, en dépit des

efforts généreux de notre confrère Dauchez qui prodigue, avec le dévouement le plus désintéressé, ses soins aux malades de cet établissement, toutes ces conditions que fixe une règle inflexible, retiennent beaucoup de jeunes filles au moment d'en franchir le seuil. C'est trop demander au renoncement qui s'interroge que de l'assujettir à une si rigide discipline; ainsi l'ont compris des fondations plus récentes, parmi lesquelles il n'est que juste de citer l'asile du Bon-Conseil, œuvre admirable due à l'influence, autant qu'à la générosité, d'un de nos plus aimés professeurs de la Faculté de Paris. Malheureusement, sa porte ne s'ouvre pas à nos pauvres prostituées: soyez voleuse, homicide, vingt asiles ouvriront devant vous leurs grilles toutes grandes. Mais laïques ou catholiques se montrent impitoyables pour nos chères pécheresses, auxquelles on va jusqu'à reprocher leurs maladies, ce qui devrait attendrir en leur faveur. C'est là qu'est le mal, c'est sur ce point qu'il faut porter le remède. Elevons des temples au repentir; construisons-les vastes, d'accès facile et riant, d'accueil discret et plein de mansuétude. Ne soyons pas plus sévères que Jésus pour le crime d'amour, et pour élever ces murs, ne convions pas seulement à apporter leur pierre ceux qui sont sans péché, il faudrait attendre trop longtemps, mais encore, et surtout, ceux qui ont beaucoup péché.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Hygiène publique : A propos des épidémies de fièvre typhoïde de Saint-Sulpice et de Maine-Arnaud. Lettre du Dr Chaber : Réponse.

Nous avons toujours pensé que le *Comité consultatif d'hygiène publique* de France avait pour mission de s'occuper d'une façon sérieuse de la santé publique et que, en conséquence, les hommes qui en font partie avaient le devoir, à l'occasion, de se renseigner sur la situation sanitaire des localités dans lesquelles leurs affaires professionnelles ou le besoin de repos les appelaient accidentellement.

Personnellement, nous n'y avons pas manqué. Et si, à notre vif regret, nous n'avons pas publié ici nos observations sur les stations maritimes et sur les villes d'eaux minérales, où nous avons séjourné plus ou moins longtemps, c'est que le temps nous a fait défaut. Toutefois, il nous est arrivé souvent de les utiliser dans les discussions qui ont eu lieu au *Comité consultatif d'hygiène*. C'est ainsi qu'à la première séance d'octobre 1899, à propos des renseignements donnés sur l'état sanitaire du pays par M. Monod, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, nous avons été amené à signaler au Comité les épidémies de fièvre typhoïde qui existaient ou avaient existé en août et septembre dans les communes environnantes de Royan, épidémies dont il ne parlait pas. Nous avons insisté en particulier sur les épidémies de Saint-Sulpice de Royan et de Maine-Arnaud, sur lesquelles notre honorable confrère, M. le Dr Torchut, nous avait promis une relation, que nous jugions très instructive et dont nous avions pu vérifier nous-même l'indiscutable réalité en visitant avec lui les localités, et même quelques-uns des malades. Nous ajoutions que, ultérieurement, nous pourrions peut-être parler de l'existence de la fièvre typhoïde à Vaux, Saint-Palais et même Royan (1897, 1899). Notre communication a été écoutée avec beaucoup d'attention et elle a amené l'Administration à faire une enquête auprès de la Préfecture de la Charente-Inférieure. Le but de notre intervention était de renseigner l'Administration dans l'intérêt, supérieur à toute autre considération, de la Santé publique. Dans sa *Note*, provoquée par nous, qui n'a pu être publiée que le 16 décembre, M. Torchut écrivait :

> Depuis que nous avons eu à soigner ces neuf cas, deux autres, *paraît-il*, sont survenus, l'un dans la maison Her..., l'autre dans la maison Bau... Nous ne faisons que les mentionner, n'ayant pas été appelé à visiter ces deux malades.

Nous appuyant sur nos renseignements personnels, nous avons ajouté, à la fin du travail de M. Torchut :

> La relation de l'épidémie de Saint-Sulpice, nous a été adressée le 16 octobre. A cette date il y avait deux autres cas de fièvre typhoïde en voie de guérison, soignés par le Dr Chaber, une fillette de 8 ans (Mar. B...) et une jeune femme de 34 ans (L. R...).

Ces deux passages nous ont valu la lettre suivante du Dr Chaber, lettre que, en raison des attaques personnelles qu'elle contient, nous aurions pu nous dispenser d'insérer.

Royan, 7 janvier 1900.

Monsieur le Directeur du *Progrès médical*,

Vous m'avez adressé dernièrement un numéro de votre journal où vous aviez marqué, au crayon bleu, une *Note sur une épidémie de fièvre typhoïde* qui aurait eu lieu dans notre région cet automne; tout d'abord, vous me permettrez d'être étonné d'être le seul médecin de la localité qui ait reçu le numéro, et je me suis demandé ensuite le pourquoi de cette préférence. Est-ce à cause de la valeur scientifique de ladite note? Ce n'est pas probable, car, après lecture, il est facile de voir que le premier scribe venu aurait pu faire une compilation semblable, malgré le plan annexé. Sans doute parce que mon nom y est cité? Dans ce cas, votre correspondant aurait pu, me semble-t-il, me demander quelques renseignements. J'aurais peut-être pu lui apprendre qu'effectivement j'avais soigné quelques malades à cette époque, mais qui n'étaient pas atteints de fièvre typhoïde. Car, peut-on, à moins de vouloir se donner des galons, donner ce nom redoutable à une maladie qui dure 12 à 15 jours avec une température oscillant entre 38 et 39°? et le cas que l'on me fait soigner rentre dans cette catégorie. Je ne veux pas dire qu'il n'y ait eu aucun cas de fièvre muqueuse, mais je crois que c'est l'infime minorité. Comme je ne veux pas ici discuter la valeur scientifique de cette note, car il faudrait savoir si l'examen bactériologique, le séro-diagnostic de chaque cas, l'analyse de l'eau de puits, ont été faits, etc., je me bornerai à demander quel a été le but de cette communication.

En effet, les moyens proposés se trouvent non seulement indiqués depuis longtemps dans les journaux professionnels, mais dans tous les journaux politiques à cinq centimes.

Quant à la *conclusion pratique* de la relation de votre correspondant, en me servant de ses propres termes, *qui réclame une Commission de logements insalubres*, dont il espère être membre probablement, l'idée n'en est pas nouvelle, puisque cette Commission existe pour notre commune depuis longtemps déjà. En effet, en date du 27 juin 1884, le Conseil municipal, sur un rapport de M. le Dr Audouin, a voté à l'unanimité la nomination d'une Commission chargée de l'hygiène, de la salubrité publique et de la surveillance des logements insalubres. Il n'y a donc rien à créer : mais votre correspondant, s'il avait connu cette délibération, aurait été obligé de nommer un confrère auquel, par ses sollicitations importunes, il a fait enlever à son profit une fonction municipale qu'il remplissait depuis plusieurs années.

Je ne crois donc pas que le besoin de la publication d'une

note de ce genre se faisait sentir; et, dans tous les cas, se permettant de me nommer sans mon autorisation, votre correspondant me fait violer le secret professionnel, ce qui m'a surtout déterminé à vous adresser cette protestation.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de mes sentiments les plus distingués. Dr CHABER.

J'espère que vous voudrez bien insérer cette réponse dans un de vos prochains numéros.

C'est, en effet, parce que le nom de M. Chaber a été cité, que le numéro du *Progrès médical* du 16 décembre lui a été envoyé : c'est ce que nous faisons toujours, chaque fois que cela nous est possible. M. Chaber apprécie la *Note sur les épidémies de Saint-Sulpice et de Maine-Arnaud*, avec une urbanité confraternelle que nos lecteurs apprécieront. Mais nous sommes convaincu que, de même que les membres du *Comité consultatif d'hygiène*, ils auront pris un réel intérêt à la lecture de cette Note. Tous ceux qui ont un véritable souci de l'hygiène publique ne peuvent que souhaiter beaucoup de documents analogues sur les épidémies qui surviennent soit dans les villes, soit dans les communes rurales.

M. Chaber estime que des fièvres continues qui durent 12 à 15 jours, avec une température oscillant entre 38 et 39° (axillaire ou rectale ?), ne peuvent pas être considérées comme des fièvres typhoïdes.

Il conteste donc qu'il y ait eu des cas de *fièvre typhoïde*, tout en déclarant qu'il ne veut pas dire qu'il n'y ait eu aucun cas de *fièvre muqueuse*, s'immisçant ainsi dans la pratique du Dr Torchut, après lui avoir reproché d'avoir signalé, *sous réserve*, les deux cas de sa propre pratique (1).

Ce passage de sa lettre, ainsi que le suivant, sont plutôt destinés à un journal à un sou, dont les lecteurs n'ont aucune notion scientifique, qu'à un journal de médecine. La question qu'il pose de « savoir si l'*examen bactériologique*, le *séro-diagnostic* de chaque cas, l'*analyse de l'eau de puits* ont été faits » fera rire tous les médecins praticiens. En effet, si ces examens sont utiles dans les cas douteux, ils sont superflus dans la grande majorité des cas, où la réunion des symptômes classiques permet de poser un diagnostic certain.

En clinique, répéterons-nous avec MM. le Pr Brouardel et le Dr Thoinot (2), « le diagnostic de la fièvre typhoïde doit toujours reposer sur un ensemble de signes, dont les plus importants sont le mode de début graduel et l'évolution fébrile, avec ses périodes successives et régulières, le dicrotisme du pouls, la tuméfaction de la rate, l'éruption de taches rosées, la diarrhée caractérisée par des selles ocreuses et fétides, le ballonnement du ventre, la sensibilité et le gargouillement de la fosse iliaque droite, enfin la stupeur et les phénomènes nerveux de l'état typhoïde (Homolle) ». On ne saurait mieux dire, ajoutent MM. Brouardel et Thoinot. »

(1) Tous les auteurs rapportent des cas, les moins nombreux, il est vrai, où la fièvre typhoïde n'a duré que deux semaines et même moins (*Typhus levissimus*). M. Chaber, pour s'en assurer, n'a qu'à se reporter aux travaux d'Andral, Bouilland, Forget, Griesinger, Lebert, Letulle, etc., etc. — Quant à la distinction que M. Chaber cherche à faire entre la fièvre typhoïde et la fièvre muqueuse, elle n'a rien de clinique. La *fièvre* dite *muqueuse*, pour tous les auteurs, n'est qu'une forme de la fièvre typhoïde, la *forme muqueuse*.

(2) Brouardel et Thoinot. — *La fièvre typhoïde*. Paris, J.-B. Baillière, 1895.

En ce qui concerne les « conclusions pratiques » de la note de M. Torchut : Ne boire que de l'eau bouillie et aérée, creuser des puits loin des étables et des fosses d'aisances *étanches*, créer une Commission des logements insalubres dans *toutes* les communes — conclusions auxquelles nous nous associons — M. Chaber ne retient que la dernière pour l'appliquer *exclusivement* à Royan, dont il n'est pas question, et en profite pour se livrer à des attaques personnelles qui auraient pu justifier, nous le répétons, la non publication de sa lettre, dont la « valeur scientifique paraîtra bien légère » et que « le premier scribe venu aurait pu faire semblable ».

M. Chaber se plaint enfin qu'on lui a fait violer le secret professionnel. Or, nous nous sommes borné à mettre l'initiale du nom des malades dans un journal médical, alors que les journaux politiques, le *Temps* entre autres, ont publié en toutes lettres le nom de quelques-uns d'entre eux.

Que nos lecteurs veuillent bien relire la *Note* de M. Torchut, simple, modeste et très intéressante, qu'ils la comparent à la lettre acrimonieuse que nous venons de mettre sous leurs yeux, et nous ne doutons pas que, comme nous, ils trouvent injustifiée l'intervention de M. le Dr Chaber. *Invidia medicorum.*

BOURNEVILLE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 29 janvier 1900.

M. HÉDON a montré antérieurement qu'il existe un rapport entre l'activité diurétique des différents sucres et leur poids moléculaire, a recherché s'il existait des relations du même ordre, pour la résorption intestinale de ces substances. En étudiant comparativement la résorption des divers sucres en solution à 25 0/0, solution fortement hypertonique et qui attire, par conséquent, l'eau du sang dans l'intestin, il a constaté que le pouvoir d'attraction pour l'eau, c'est-à-dire l'énergie de l'action purgative augmente en raison inverse du poids moléculaire de ces sucres, de même que leur pouvoir diurétique. L'intensité de la résorption croît également en raison inverse du poids moléculaire. Ces phénomènes étaient évidemment en rapport avec la tension osmotique, celle-ci présentant pour les divers sucres à la même concentration des valeurs d'autant plus élevées que le poids moléculaire est plus faible. Pour faire abstraction de ce dernier facteur, l'auteur a introduit dans l'anse intestinale différents sucres en dissolutions isotoniques entre elles ; de plus, afin de supprimer tout courant endosmotique, il a employé des solutions telles que leur concentration moléculaire fût à peu près égale à celle du sérum sanguin. Dans ces conditions la résorption se montra la plus intense pour les deux hexoses etudiées, glycose et galactose, moindre pour l'arabinose, et relativement beaucoup plus faible pour la raffinose.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 27 janvier 1900. — PRÉSIDENCE DE M. KAUFFMANN.

Présentation du volume jubilaire de la Société de Biologie, offert par le sympathique et généreux président, M. le Pr BOUCHARD. Les membres titulaires et les membres associés outre leur signature autographe y ont, pour la

plupart, inscrit une note rappelant en quelques lignes le sujet de leurs recherches personnelles.

MM. Charrin et Levaditi. — Les *sécrétions glandulaires* (pancréas surtout) injectées dans les tissus y déterminent des lésions profondes étudiées, par les auteurs, au niveau du système nerveux. Les tissus se défendent diversement. Une quantité donnée de pancréatine enfermée dans une anse intestinale, au voisinage du duodénum se retrouve au bout d'un certain temps avec une quantité de liquide accrue ; si la muqueuse intestinale est enlevée, la quantité de liquide a diminué et il y a lésion du foie. La muqueuse intestinale possède donc un rôle important de protection.

M. Loccoy a étudié les *greffes péritonéales chez le lapin* ; il a obtenu des résultats positifs au point de vue de la cicatrisation de l'épiploon et du péritoine en général qui pourront être utilisés en clinique.

M. Hédon mesure l'*intensité de l'absorption des sucres* dans de nouvelles expériences, en variant les solutions et en les rapprochant de la concentration moléculaire du sérum sanguin.

MM. C. Nicolle et Halipré (de Rouen) envoient le résultat de *mensurations de sérums typhiques* pratiquées à trois ans d'intervalle. Le pouvoir agglutinatif était resté le même quoique certains échantillons aient été souillés d'impuretés.

M. Loisel étudie la spermatogénèse du moineau.

M. Marchoux a trouvé dans le sang du chien vivant au Sénégal un hématozoaire endoglobulaire.

M. J. Lefèvre dépose une note sur l'*influence hyposthénisante* locale et directe de l'eau froide sur la peau.

M. Fabre-Domergue présente un *appareil photo-micrographique*. E. P.

Séance du 3 février. — Présidence de M. Kauffmann.

M. Maurel (de Toulouse) fait, sur l'*influence de l'alimentation azotée* insuffisante sur la secrétion urinaire, une communication dont les conclusions sont les suivantes : 1° L'alimentation faiblement azotée diminue rapidement l'azote urinaire ; 2° l'azote urinaire ne descend pas au-dessous de 0 gr. 08 par kilog. de poids, même quand l'azote ingéré est infiniment moindre ; 3° cet azote provient donc de la désassimilation organique ; 4° cette quantité n'a pas varié dans trois expériences successives et dans celles données par P. Bert ; 5° la réparation exige donc par kilog. d'animal, une quantité d'aliments azotés contenant 0 gr. 08 d'azote, soit 0 gr. 50 ; 6° les 0 gr. 50 d'aliments ne servent qu'à remplacer les albuminoïdes désassimilés.

MM. Toulouse et Vaschide ont mesuré l'odorat des paralytiques généraux avec l'eau camphrée. L'odorat est altéré dans la paralysie générale qui est le type de la démence, c'est-à-dire de l'affaiblissement intellectuel.

MM. Reynaud et Cotte (de Marseille) étudiant la *tension artérielle dans la variole*, ont trouvé que la variole s'accompagne d'hypotension précoce dont le degré et la durée sont proportionnés à la gravité de la maladie. L'hypotension maxima coïncide avec la période de suppuration. Sa courbe présente un véritable plateau, puis une ligne ascensionnelle vers la normale, chaque étape étant d'autant plus longue que l'infection a été plus intense.

M. Laborde continue ses études sur les *tractions rythmées*.

M. Laveran décrit un *moustique anophilès*, qui lui a été envoyé de Madagascar, et qui est susceptible d'être l'agent de propagation de l'impaludisme.

M. Trouessart décrit un *acarius parasite* d'un mollusque.

MM. Bourquelot et Hérissey ont trouvé dans la graine de caroubier un ferment qui donnait naissance à deux sucres, la maurose et la galactose. Ce ferment se retrouve dans la graine de la luzerne.

M. Galtier. — Le lait souillé par la matière tuberculeuse n'est pas sûrement stérilisé par un chauffage de six minutes à 70°, 75°, 80°. A ces températures, la virulence du bacille de Koch peut n'avoir subi qu'une destruction partielle, comme le témoigne, après inoculation dans le péritoine du cobaye, l'éclosion d'une tuberculose d'intensité variable.

M. Galtier. — La consommation d'organes tuberculeux stérilisés par la chaleur (une heure à 110°) ne provoque aucune indisposition.

M. G. Weiss. — L'excitation électrique se propage avec une intensité différente dans la moelle et dans le nerf. Sur tout le trajet du nerf, la vitesse de propagation est constante. Au niveau de la moelle allongée il y a un point assez nettement localisé, où existe un ralentissement considérable. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 6 février 1900. — Présidence de M. le Pr Panas.

Localisations et origine de l'arsenic chez les animaux.

M. Gautier a continué ses intéressantes recherches sur l'arsenic normal de l'économie. Le tableau suivant donne les résultats obtenus.

Arsenic en milligramme pour 100 grammes d'organes frais.

Glande thyroïde.	0 milligr. 75
— mammaire . .	0 — 13
Cerveau	Quantité très variable ou nulle.
Thymus	Quantité très sensible non dosée
Poils, cheveux et cornes .	Traces décroissantes.
Peau.	
Lait	
Os	

Cet arsenic normal provient en partie de certains aliments végétaux : navet, chou, pomme de terre, céréales poussant en des terrains pyriteux. Quelques aliments d'origine animale : lait, thymus, peau, cerveau, peuvent aussi en fournir. Deux litres de lait suffisent à donner un très léger anneau d'arsenic. Au point de vue de la médecine légale, M. Gautier a remarqué que, sauf dans la thyroïde, la glande mammaire et le thymus, l'arsenic ne se trouve chez l'homme qu'à l'état de traces, souvent infimes, dans la peau, les poils, les os, le lait, et quelquefois les excrements, et qu'il n'en a pas été trouvé le moindre indice (le cerveau mis à part) dans les autres organes et humeurs, en particulier dans ceux qui forment la masse principale du corps : muscles, foie, rate, reins, sang, urines, etc., soit que ce métalloïde ne s'y trouve réellement pas, soit que sa quantité puisse être inférieure à un vingt millionième du poids de l'organe qu'on examine, limite de sensibilité de la méthode que j'emploie. Si donc l'expert (et c'est la règle qu'il suit très généralement) s'adresse séparément, pour ses recherches, à chacun des organes ci-dessus indiqués, organe totalement dénués d'arsenic, et s'il trouve des traces, et des traces caractérisables, de ce métalloïde, soit qu'il emploie ma méthode, soit a *fortiori* toute autre moins sensible, c'est que l'arsenic avait été donné, durant la vie, sous forme médicamenteuse ou criminelle.

M. Lancereaux signale l'accroissement remarquable des poils sous l'influence de l'arsenic.

M. Hayem signale la présence possible de l'arsenic dans le poumon.

M. Gautier dans ces prochaines analyses compte étudier spécialement cet organe.

Kyste de l'iris.

M. Lagrange rapporte un fait très rare de kyste de l'iris ébauche kyste dermoïde d'origine épithéliale.

Elections.

L'élection d'un membre titulaire dans la section d'accouchements est particulièrement disputée. Elle donne lieu à trois tours de scrutin dont voici les résultats :

1er tour.

Votants 67. — Majorité absolue 34.

MM.	Doléris	26
	Champetier de Ribes	24
	Maygrier	16
	Bulletin blanc	1

2e tour.

Votants 69. — Majorité absolue 35.

MM.	Doléris	30
	Champetier de Ribes	33
	Maygrier	5
	Bulletin blanc	1

3e tour.

MM.	Doléris	33
	Champetier de Ribes	34
	Bulletins blancs	3

Champetier de Ribes est élu.

Elections de deux correspondants étrangers (1re division). MM. Mendelssohn (de Saint-Pétersbourg) et Stoïcesko (de Bucharest) sont élus. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 2 février 1900. — Présidence de M. Troisier.

Emploi du sérum antitétanique.

M. A. Petit a traité avec succès deux cas de tétanos traumatiques, par des injections de sérum antitoxique, en y adjoignant l'administration de 12 à 18 grammes de chloral par jour. M. Petit rappelle l'opinion de M. Nocard: à savoir que le sérum antitétanique est un préventif précieux, mais un curatif infidèle.

M. Merklen et M. Rendu signalent des faits analogues.

M. Vaquez a vu succomber des malades atteints de tétanos bénins en apparence, qu'il avait traité par l'injection de faibles doses de sérum.

Le suc gastrique de chien dans les dyspepsies.

M. Launois expose longuement la technique de M. Frémont pour isoler l'estomac des chiens dont il recueille le suc gastrique pour l'appliquer au traitement de la dyspepsie.

Elimination par les urines du bleu de méthylène injecté.

MM. Achard et Clerc insistent sur l'importance de la durée de l'élimination du bleu de méthylène injecté et du taux de cette élimination pour se rendre cliniquement compte de l'état de perméabilité des reins. Ils indiquent le procédé de l'usage colorimétrique qu'ils emploient pour évaluer le taux de l'élimination. M. Achard insiste de nouveau sur l'importance de l'imperméabilité rénale, qui n'est pas seulement une cause d'accidents graves, mais aussi un facteur d'aggravation dans les affections acquises.

Urémie et fonctions du rein.

M. Widal admet qu'au début les néphrites épithéliales et interstitielles sont distinctes et ne se confondent qu'ensuite, devenant mixtes. L'urémie est plus fréquente dans la néphrite interstitielle, mais on l'observe au cours de la néphrite épithéliale, même lorsque la perméabilité au bleu de méthylène est normale. MM. Bard, L. Bernard, Achard et Clerc, et M. Widal lui-même, ont cité des faits de néphrite épithéliale avec conservation de la perméabilité rénale au bleu de méthylène. Plus rarement, mais indiscutablement, on a observé des néphrites interstitielles avancées avec persistance de la perméabilité au bleu de méthylène. Il est probable que si la perméabilité est moins forte dans les néphrites interstitielles, cela tient au manque de perméabilité dans les vaisseaux. Des symptômes urémiques peuvent survenir, malgré la persistance de la perméabilité, et M. Widal signale un cas de néphrite épithéliale syphilitique typique dans lequel survinrent des troubles urémiques, bien que le bleu de méthylène injecté sous la peau fût normalement éliminé. Faut-il admettre, avec M. Lépine, que la perméabilité de l'épithélium rénal varie avec les éléments qui le traversent? L'urémie est, à l'heure actuelle, mal connue, et sa pathogénie est complexe. Il est intéressant de voir parfois la perméabilité aux iodures, étudiés par MM. Bard et Bonnet, diminuée quand celle au bleu de méthylène persiste. En somme, le procédé de MM. Achard et Castaigne, bien que donnant des résultats dissemblables, permet d'étudier cliniquement quelques points du problème obscur des troubles urémiques.

M. Merklen insiste sur la complexité des causes qui amènent les symptômes que l'on est habitué d'attribuer à l'insuffisance rénale. La dyspnée urémique est souvent cardio-pulmonaire et due à l'épuisement du ventricule gauche et à l'œdème du poumon. Le rythme de Cheyne Stocke provient souvent d'anémie artérielle et de stase veineuse de l'encéphale. L'excrétion de l'urée dans l'urémie est un des phénomènes les plus importants, bien que sous le nom d'urémie on ait réuni les phénomènes les plus disparates. J. N.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 7 février 1900. — Présidence de M. Richelot.

Les parappendicites.

M. Nimier (du Val-de-Grâce) place à côté des parappendicites d'origine cæcale et iliale, signalées par M. Quénu, des parappendicites d'origine épiploïque. Il cite deux observations personnelles, où avec des phénomènes cliniques d'appendicite, l'opération a montré l'organe sain, mais des foyers d'épiploïte avec pus.

M. Bazy. — A côté des abcès secondaires à l'appendicite et se faisant à distance, dans le foie par exemple, il faut placer les abcès dus aux adénopathies prae ou iléo-cæcales et aux parappendicites. Un revirement commence à se faire, la typhlite et le pérityphlite sont remises en honneur, mais sous un autre nom. En 1895, d'ailleurs, et en 1896, M. Bazy, en rapportant des observations, revendiquait déjà une petite part des symptômes appendiculaires pour le cæcum. Aujourd'hui il présente un autre cas, où avec des symptômes nets d'appendicite, l'opération a montré l'organe sain. Il s'agit d'une jeune fille de 17 ans, opérée en 1897 pour une appendicite, mais où on ne trouva qu'une masse dure soulevant le colon. L'appendice réséqué était sain. La masse était dure, non suppurée et fut laissée en place. M. Bazy a revu le malade ces jours derniers et a constaté que la fosse iliaque était absolument libre. C'étaient des ganglions qui avaient donné lieu aux phénomènes cliniques d'appendicite.

M. Albarran rapporte deux observations, où avec le syndrome clinique de l'appendicite, l'opération a montré dans un cas un appendice perforé et des plaques de sphacèle sur la face antérieure du cæcum, les deux lésions étant indépendantes, et dans l'autre un appendice sain avec la terminaison de l'intestin grêle rouge et couvert de fausses membranes.

Diagnostic différenciel entre l'occlusion intestinale et les péritonites aiguës.

M. Tuffier lit un rapport sur une observation de M. Jeanne (de Rouen). Il s'agissait d'une fillette de 11 ans, présentant de la péritonite généralisée d'origine appendiculaire avec absence de matière et de gaz. Laparotomie, résection de l'appendice. Drainage. Mort.

M. Jeanne insiste sur un signe très important différenciant la péritonite de l'occlusion. C'est la sensibilité du cul-de-sac vésico-utérin dans le cas de péritonite. Un deuxième signe est la persistance des contractions intestinales dans le cas d'occlusion.

Kystes dermoïdes de l'orbite.

M. Lagrange (de Bordeaux) en apporte deux faits personnels. L'un a trait à une petite fille de 8 ans, dont le kyste gros comme une amande, et situé derrière la paupière supérieure, comprimait l'œil en arrière et déterminait de l'astigmatisme. Après l'extirpation, et c'est là le fait intéressant, l'œil a repris sa forme et ses fonctions normales. L'autre concerne un homme de 50 ans dont le kyste, de la grosseur d'un œuf de poule, siégeait au grand angle de l'œil. L'opération fut particulièrement difficile à cause d'adhérences profondes à la gaîne du nerf optique qui fut contus et de la vascularisation de la coque. Cette observation présente plusieurs points intéressants. Tout

d'abord au point de vue anatomo-pathologique, il y avait (fait non signalé par les auteurs français), une ulcération totale de la paroi. On trouvait encore des glandes sébacées, des vestiges de poils, mais plus d'épithélium. Un deuxième point intéressant, c'est que l'opération fut suivie de phénomènes neuro-paralytiques, siégeant d'abord dans l'iris, puis dans la cornée ; de plus, apparurent bientôt des troubles névritiques faisant baisser l'acuité visuelle. Ces faits ont la valeur d'une expérience de physiologie, car ils prouvent l'existence dans l'œil de nerfs trophiques spéciaux. On ne peut, en effet, incriminer, comme les auteurs, l'action de l'air extérieur, puisque les phénomènes se sont développés, l'œil étant resté sous un bandeau.

Autoplastie par la méthode italienne.

M. **Berger** lit un rapport sur une observation de M. Charrier (d'Angers). Il s'agissait d'une rétraction cicatricielle du coude, guérie par transplantation d'un lambeau thoracique, le pédicule étant sectionné le vingt-huitième jour.

M. Berger fait quelques observations sur les réflexions qui font suite, le cas en lui-même étant très vulgaire, simple et élémentaire. Il approuve M. Charrier d'avoir incisé la peau de l'aponévrose, mais de s'être arrêté aux muscles. Ce résultat n'est par parfait, mais il vaut mieux être ménager des sections musculaires ; le muscle saigne en effet, et ce saignement nécessite des ligatures, causes de non réunion des lambeaux. Il le blâme, au contraire, d'avoir laissé le pédicule adhérent pendant vingt-huit jours. Aussi a-t-il eu un sphacèle de la pointe de son lambeau ; il faut sectionner le quinzième jour au plus tard.

M. Berger est aussi d'avis que le lambeau ne doit pas être exhubérant ; il faut au contraire que les sutures tirent un peu, accolant intimement les surfaces cruentées et arrêtant ainsi le suintement sanguin.

Traitement des kystes hydatiques du foie. (Suite de la discussion.)

M. **Routier** attend le premier cas favorable pour faire le capitonnage. Depuis 1891, sa pratique consiste en une incision large, suivie d'évacuation de lavage et de marsupialisation si c'est possible, (il n'attache à ce dernier temps qu'une importance médiocre, pourvu que l'incision soit large). Le plus possible il se sert de la voie antérieure et il l'a même employée la où on aurait cru indiquée la voie transpleurale. Il a dû alors faire basculer fortement le foie en avant. C'est une méthode bénigne. Mais elle a contre elle sa longue durée, aussi est-il tout disposé à adopter la méthode de M. Delbet quand elle sera possible. Schwartz.

REVUE DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Epithélioma du cou, extirpation avec résection de huit centimètres de jugulaire interne; par Ribera y Sans (*Revista de med. y Cir.*, n° 619).

Il était reconnu, avant l'intervention, que la tumeur adhérait au paquet vasculonerveux; mais comme aucun trouble de l'innervation du domaine du pneumogastrique ne s'était montré, ce nerf fut supposé indemne et l'opération eut lieu. La carotide et le nerf furent en effet trouvés libres, seule la jugulaire était prise dans le néoplasme, elle fut liée au-dessus et au-dessous pour éviter l'expiration de l'air, et la portion ainsi limitée fut réséquée avec la tumeur. Aucun trouble de la circulation cranienne ne s'en suivit; le malade guérit sans aucun malaise. Sur 42 opérations pour tumeurs du cou, l'auteur n'a eu à réséquer la jugulaire interne que cette seule fois.

F. Boissier.

Transplantation de l'ovaire; par M. Calvo (Académie royale de médecine de Madrid).

Il s'agit d'une femme qui, à la suite de l'ablation des deux ovaires, fut prise d'aménorrhée, vertiges, tristesse et autres troubles. La transplantation chez elle d'un ovaire d'une jeune primipare de 17 ans réussit et la malade a déjà été réglée deux fois. (*Rev. de med. y cir. pract.*, 609.) F. B.

Nouvelle méthode d'amputation des extrémités inférieures; par San-Martin. *Siglo medico* nos 2350, 2351, 2352).

L'auteur a cherché surtout à modifier le squelette du moignon pour permettre un usage aisé et une prothèse pratique, s'appuyant sur le procédé du pied artificiel de Bier ; il l'a modifié du tout au tout en supprimant ses inconvénients. Selon la région intéressée, il taille sur la paroi interne du fémur ou antéro-interne du tibia, une tablette de substance compacte avec son périoste au-dessous du niveau de la section projetée, et laisse à cette tablette un pédicule périostique. Ce fragment ostéoplastique doit naturellement avoir les dimensions nécessaires pour couvrir exactement les surfaces de section des os intéressés, et est appliquée sur celles-ci, puis recouverte par les lambeaux suturés. Les résultats ont été satisfaisants comme le prouvent les radiographies qui accompagnent les observations. Il y a contreindication quand l'état des parties au-dessous du niveau de la section, ne permet pas de tailler le lambeau osseux. F. Boissier.

Deux cas de traumatisme périnéal suivis de fracture uréthrale et de rétention absolue d'urine; par M. Barragan. (*Revista de med. y cir. practicas* n° 614.)

L'un des malades était tombé à cheval sur une barre de fer anguleuse, l'autre était tombé dans un fossé avec sa bicyclette dont le cadre avait produit le traumatisme. Tous deux ont guéri en quelques jours après uréthrotomie externe, recherche du bout postérieur et sonde à demeure. F. B.

Kyste hydatique du foie; extirpation du kyste et du tissu hépatique environnant; par J. Ribera y Sans. (*Revista de méd. y cir.*, n° 621).

Enfant de 12 ans, tuméfaction droite de la région abdominale sans troubles fonctionnels. La palpation fait reconnaître une tumeur lisse arrondie dont la matité ne se continue pas avec le foie et qui ferait penser à un kyste hydatique du mésentère, néanmoins, pour d'autres raisons, le kyste est diagnostiqué hépatique et l'intervention, en effet, montre un kyste développé à la face inférieure du foie, et ayant entraîné à sa surface une couche de tissu hépatique d'environ un centimètre d'épaisseur, et formant comme un manchon à la poche kystique. Après incision, ponction et extirpation, ce manchon hépatique est réséqué. La perte de substance du foie est suturée ainsi que la paroi. Rien à signaler comme suites, sinon deux crises de violentes douleurs abdominales sans explication satisfaisante. Cependant, comme dans ce cas la marsupialisation avec fistule extérieure a été évitée, le foie suturé et l'incision abdominale fermée sans drain aucun séance tenante, on peut admettre que la cavité, formée dans le foie, par la perte de substance dont les bords avaient été suturés l'un à l'autre, s'était remplie de bile, et que la rétention de celle-ci avait produit des crises de douleurs analogues à des coliques hépatiques jusqu'au moment où toute cette bile fut résorbée par les canalicules biliaires. — A noter que sur 35 kystes abdominaux opérés par M. Ribera, 33 étaient des kystes hydatiques dont 28 du foie, deux seulement étaient des kystes non hydatiques l'un du pancréas l'autre du mésentère. F. Boissier.

Traitement des anévrismes par les injections de gélatine et de glycérine; par M. de Castro y Latorre. (*Revista de med. y cir., pract.*, n° 593 et 594).

L'avis de M. de Castro est d'autant plus intéressant à connaître qu'il a publié la relation de nombreuses interventions pour anévrismes des grosses artères. Les quatre cas formant le fond de ce mémoire sont : 1° un anévrisme volumineux de la crosse de l'aorte chez un homme très amélioré ; 2° un anévrisme de la carotide chez une jeune fille, guéri ; 3° un anévrisme de l'axillaire guéri ; 4° enfin un anévrisme du tronc brachio-céphalique extrêmement amélioré. L'auteur est tout à fait d'accord, sauf très légères modifications, avec Lancereaux et Paulesco ; la conduite excessivement lente, graduelle et produite du traitement, est pour lui la condition essentielle du succès des *injections interstitielles* de glycérine d'abord, puis de gélatine contre l'anévrisme. Les temps de repos, les doses toujours petites, le degré de concentration des solutions, tout cela doit varier, non seulement d'un malade a un autre, mais aussi chez le même malade selon les circonstances du

moment et les résultats successivement obtenus. Si méthode ainsi appliquée est très satisfaisante, mais ses effets sont encore difficiles à expliquer avec certitude. F. BOISSIER.

The Surgical complications and sequels of Typhoïd Fever; par WILLIAM KEEN. Philadelphie, *Saunders*, 1898.)

Dans un important travail, basé sur 1700 cas, William Keen étudie d'une façon magistrale les diverses complications chirurgicales, qui peuvent se présenter au cours ou à la suite de la fièvre typhoïde. De toutes les maladies infectieuses, la fièvre typhoïde est celle qui donne lieu le plus souvent à des complications chirurgicales autres, toutefois, que la parotidite :

L'ouvrage commence par quelques considérations sur la résistance et la facilité de diffusion du bacille typhique, qui est la cause habituelle de ces complications. On a pu rencontrer le bacille sous tous les tissus de l'organisme. Sa présence habituelle dans les lésions osseuses, dans les suppurations du cerveau, de la vésicule biliaire, de la rate, nous porte à croire qu'il est également l'agent d'autres complications, où on ne l'a pas encore rencontré. Les associations microbiennes jouent un grand rôle dans ces accidents et ont ordinairement pour effet d'en hâter l'évolution; mais elles ne sont pas nécessaires et le bacille typhique possède un pouvoir pyogène indiscutable.

L'auteur passe alors en revue, en autant de chapitres distincts, les diverses affections qui rentrent dans son sujet : gangrène, lésions articulaires, lésions osseuses, abcès, parotidite, lésions du larynx, lésions de la plèvre, du poumon et du cœur, lésions de l'œsophage et de l'estomac, perforation intestinale, lésions du foie et de la vésicule biliaire, lésions de la rate, lésions des organes génitaux. L'ouvrage se termine par un chapitre consacré à l'étude des complications oculaires, par George de Schweinitz.

Chacune de ces questions est étudiée d'une façon très complète; le chapitre qui traite des complications osseuses abonde en considérations originales; celui qui traite de la perforation intestinale serait à citer en entier. L'auteur analyse 83 cas de perforation intestinale, dans lesquels on a tenté une intervention chirurgicale. On sait combien celle-ci offre peu de chances de succès, à tel point que la plupart des chirurgiens ne tentent même pas de la pratiquer. William Keen se montre optimiste vis-à-vis de l'opération, à condition de la pratiquer au plus tôt. Il pense qu'en opérant dans les 44 heures, on sauverait le tiers des opérés; passé ce délai, on n'a aucune chance de sauver le malade. P. RELLAY.

Malformations congénitales de l'uretère au point de vue chirurgical; par BJORN FLODERUS. (*Nordiskt medicinskt Arkiv.*, 1899.)

L'auteur a réuni dans sa casuistique toutes les observations qu'il a pu trouver dans la littérature, traitant les malformations congénitales de l'uretère, et où la malformation semble avoir provoqué ou prédisposé à l'hydropisie ou à l'infection dans l'uretère anormale ou le rein correspondant. En outre, il nous mentionne les cas d'incontinence d'urine occasionnée par l'orifice anormal de l'uretère et qui ont été opérés.

Le nombre des cas sont 163, ramassés chez 206 auteurs, allemands, français, autrichiens, anglais et italiens. L'observation la plus intéressante est un cas de pyonéphrose et urétérite purulente droite (uretère double), chez une petite fille de 3 à 4 ans, dont on a fait une laparotomie exploratrice à Upsal 1893 (Néphrouréthérectomie droite. Péritonite purulente circonscrite. Incision vaginale et abdominale. Mort. Autopsie.) DE FUMERIE.

LE LAIT DE TRUIE. — Dans une pétition soumise à nos législateurs, une brave dame du Finistère propose, en effet, de remplacer, pour l'allaitement artificiel des enfants, le lait de vache justement soupçonné de liquide à microbes, par le lait de truie. Plusieurs médecins partagent cet avis qu'ils agrémentent de conclusions scientifiques et le Conseil supérieur d'hygiène va en délibérer. Et ainsi nos futurs gosses pomperont du lait de truie se conduisant comme de vulgaires petits cochons. L'important pour eux, c'est qu'ils cessent de mériter ce titre après la cinquantaine. Cet âge terrible où les péchés mignons deviennent des vices! (*La Petite République*, 11 janvier 1900).

BIBLIOGRAPHIE

Le cinquantenaire de la librairie C. Reinwald. (Schleicher fr., édit., neveux et successeurs, 15, rue des Saints-Pères.)

MM. Schleicher ont eu l'heureuse idée de publier, en l'honneur du cinquantenaire de leur librairie, fondée par Charles Reinwald en 1849, une élégante brochure suivie d'un catalogue général. Cette brochure reproduit les portraits des auteurs dont la librairie a édité les œuvres. Citons parmi les plus connus du monde médical : MM. P. Broca, L. Büchner, Ramon y Cajal, Corlieu, Dareste, Darwin, Gegenbaur, Hæckel, Hallion, Hertweg, Hovelacque, Huxley, Kölliker, Laborde, de Lacaze Duthiers, de Lanessan, Letourneau, Lombroso, Maudsley, de Mortillet, F. Regnault, Ch. Richet, Robiquet, J. Soury, Topinard, Carl Vogt, etc., etc. Nous félicitons sincèrement MM. Schleicher, qui ont le droit d'être fiers de leur maison. Grâce à elle, les idées de grands savants et de grands philosophes étrangers tels que Büchner, Darwin, Maudsley et autres se sont répandues en France et ont eu une influence féconde.

Dictionnaire des termes techniques de médecine; par les Drs GARNIER et DELAMARE. (Maloine, édit., 1900).

C'est là une heureuse et utile innovation, que d'avoir fait un dictionnaire de médecine de poche Ce précieux petit livre vient à point, car les termes techniques sont actuellement si nombreux qu'il est permis, même à ceux qui ne sont plus étudiants, d'ignorer leur sens exact, et le petit livre de MM. Garnier et Delamarre, donnent en outre les étymologies grecques et latines. En tant que journaliste, nous applaudissons à cette publication; car on a beau écrire depuis de longues années sur des sujets médicaux, on peut avouer sans doute que la signification d'episiorrhaphie, d'onychogrypose et de trichoptilose, laisse quelques doutes dans l'esprit et qu'on est heureux d'avoir sous la main un tout petit dictionnaire pour se renseigner. Pour la seconde édition qui ne peut tarder, signalons une toute petite amélioration aux auteurs : ne pourraient-ils pas indiquer le genre des noms qu'ils signalent, les médecins sont, pour la plupart, de médiocres grammairiens, et nous en connaissons beaucoup qui hésiteraient sur le genre d'épistaxis par exemple. J. N.

VARIA

Rappel des instructions relatives aux autopsies et aux enlèvements des pièces anatomiques.

M. le Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique vient d'adresser à MM. les Directeurs des hôpitaux et hospices, pour être transmise aux médecins, la circulaire suivante :

« Paris, le 20 janvier 1900.

« Monsieur le Directeur,

« Un fait récent m'a fourni l'occasion de constater que les instructions réglementaires concernant le service des amphithéâtres et des salles des morts, n'étaient pas exactement suivies dans tous les établissements. L'arrêté réglementaire du 3 décembre 1834 et celui du 23 avril 1892, qui revise les articles 4 et 5 de cet arrêté, interdisent formellement dans les hôpitaux les travaux de dissection.

« Ces deux arrêtés n'autorisent que les autopsies, c'est-à-dire les seules constatations de faits scientifiques, constatations qui ne doivent jamais aller au delà, ni dégénérer en mutilation par l'enlèvement d'organes ou de pièces anatomiques, quel que soit d'ailleurs l'intérêt que ces organes ou ces pièces puissent présenter.

« Les restrictions dont il s'agit sont prises, vous le savez, tant que dans l'intérêt des études anatomiques en ce qui touche les corps non réclamés, ces corps étant destinés à l'enseignement anatomique dans les amphithéâtres de la Faculté et de l'Administration.

« Toutes les fois donc que MM. les chefs de service désirent, dans un but scientifique, enlever un organe ou une pièce ana-

tomique quelconque sur un cadavre, la demande d'autorisation que vous avez à me faire parvenir doit être appuyée des motifs précis qui la justifient, et indiquer l'usage que l'on veut en faire. Je ne donnerai mon autorisation que dans les cas tout à fait exceptionnels et j'ajouterai, très restreints.

« J'appelle tout particulièrement votre attention sur ce point sur lequel je vous prie d'appeler également, en mon nom, l'attention de MM. les chefs de service qui comprendront, je n'en doute pas, la nécessité d'apporter la plus grande modération dans les recherches ou investigations qu'ils auraient à faire sur les corps des malades décédés dans leurs services, et surtout dans leurs demandes d'enlèvement d'organes ou de pièces anatomiques.

« Lorsque vous aurez à me soumettre des demandes de cette nature vous devrez, bien entendu, avoir soin de mentionner si le corps est réclamé ou non, et s'il s'agit de corps réclamés, vous devrez ajouter s'il y a eu opposition ou non à l'autopsie, et éventuellement, si la famille consent à l'enlèvement demandé de l'organe. Dans tous les cas, les enlèvements d'organes que j'autoriserai, devront être faits avec toutes les réserves compatibles, de manière à ne pas froisser les sentiments des familles.

« Je vous prie de donner des instructions très précises dans ce sens au garçon d'amphithéâtre, et de me signaler immédiatement tous les manquements que vous auriez constatés de la part de cet agent. De mon côté, je vous rendrais personnellement responsable de ces manquements s'il m'était démontré que vous n'avez pas tenu la main à l'observation rigoureuse des présentes instructions. « *Le Directeur* : NAPIAS ».

Et nunc erudimini, medici !

Les étudiants en médecine au régiment.

Le rapport de M. Camille Pelletan fait ressortir, ainsi que nous l'avons dit, l'insuffisance de notre corps médical au point de vue du nombre, surtout si l'on établit une comparaison entre notre armée et les armées étrangères. Il a d'ailleurs été facile de constater que, lors de l'occupation d'Insalah, la colonne était dépourvue de médecin militaire, et que le service a été, jusqu'à ces derniers jours, assuré par un vétérinaire.

Justement frappé de cette pénurie, et aussi soucieux de ne pas grever par de nouvelles dépenses le budget — déjà si lourd — de la guerre, M. Lachaud, député, vient de déposer une proposition de loi ayant pour but de mettre à la disposition exclusive des médecins-majors les étudiants en médecine qui auront à faire du service militaire. On sait, en effet, que les étudiants en médecine sont aujourd'hui, à de très rares exceptions près, perdus dans la masse du régiment, et que leurs connaissances spéciales sont, par suite, inemployées. Il est certain, pourtant, que ces étudiants, formés au régiment au point de vue médical, pourraient, non seulement en temps de paix, mais en campagne, rendre d'inappréciables services. Aux termes de la proposition de M. Lachaud, les étudiants en médecine seraient appelés sous les drapeaux après avoir pris leur huitième inscription et subi l'examen de physiologie. A leur arrivée au régiment ils seraient, comme simples soldats, mis à la disposition des médecins militaires pour alléger leur service et faciliter leur tâche. Ces jeunes gens seraient utilisés pour les besoins du service médical et instruits sur le fonctionnement et les divers règlements de la médecine militaire. (*Le Matin*, 6 février).

La loi sur le régime des aliénés et les aliénés criminels.

Voici dix-neuf ans que l'on travaille à la réforme de la loi de 1838 sur les aliénés. Un texte voté par le Sénat en 1888 n'a jamais été discuté au Palais-Bourbon ; il attend paisiblement son tour, qui n'arrive pas. On sait combien il est difficile de faire aboutir un projet de loi de quelque étendue, et comme celui qui est soumis à la Chambre se compose de plus de soixante articles, il sera peut-être encore à l'ordre du jour en 1920. Lasse d'attendre, la Commission spéciale, présidée par M. Cruppi, a décidé de couper dans son œuvre un petit morceau qui sera d'une digestion plus aisée pour l'estomac paresseux des députés. Parmi les réformes qu'elle propose, il en est une qui offre un caractère de particulière urgence. C'est celle qui concerne les aliénés criminels. Aujourd'hui, lorsqu'un individu a commis un crime ou un délit, on s'abstient de le condamner, tout naturellement, s'il est reconnu qu'il était fou et que par conséquent sa responsabilité pénale n'existait pas. On rend donc en sa faveur une ordonnance ou un arrêt de non-lieu, ou, si l'affaire est venue jusqu'à l'audience de la police correctionnelle ou de la Cour d'assises, on l'acquitte. Là-dessus, il est remis en liberté. Puis, le lendemain, ou le mois suivant, ou l'année suivante, il commet un nouveau délit ou un nouveau crime, également sous l'empire de la folie. C'était à prévoir ; mais ce n'était pas facile à empêcher, parce que l'autorité judiciaire qui a prononcé le premier non-lieu ou le premier acquittement n'avait pas le droit d'ordonner l'internement de l'individu très dangereux qu'elle déclarait irresponsable. Elle était obligée de remettre en liberté immédiate un homme qui, presque sûrement, était destiné à voler, à violer, à tuer de nouveau. Il y a là un véritable danger public. Depuis longtemps, les médecins et les criminalistes ont demandé que la justice pût mettre à la disposition de l'autorité administrative les prévenus ou les accusés déclarés non responsables à raison de leur état mental, et que ces accusés ou ces prévenus fussent internés dans des asiles spéciaux, pour n'en sortir qu'après constatation, non seulement de la guérison, mais de l'improbabilité d'une rechute. Les articles qui contiennent ces dispositions vont être détachés du grand projet soumis à la Chambre, et on lui demandera de les adopter rapidement. Il est fâcheux, évidemment, que les lois soient ainsi votées par petits paquets. Mais un « tiens » est préférable à deux « tu l'auras », et nous aimons encore mieux avoir une réforme partielle tout de suite que d'en attendre une complète pendant vingt ans. (*Débats*, 3 février).

Un institut antituberculeux.

M. Fleury-Ravarin, député du Rhône, a déposé sur le bureau de la Chambre une proposition de loi tendant à créer un Institut national antituberculeux. Cet établissement scientifique aurait pour objet l'étude du traitement de la tuberculose et la recherche expérimentale des moyens de guérir cette maladie qui cause annuellement en France 150.000 décès, surtout parmi les ouvriers. La Société lyonnaise des tuberculeux indigents, prenant à sa charge les frais de construction de l'Institut et proposant de l'annexer au sanatorium gratuit qu'elle va ouvrir à Hauteville, dans les montagnes du Bugey, M. Fleury-Ravarin demande à l'Etat de s'associer à cette grande Œuvre philanthropique, en donnant au nouvel établissement, avec le titre « national », une subvention annuelle de 15.000 francs, destinée à assurer son fonctionnement.

Ambulances Sud-Africaines.

Lourenço-Marquès, 5 février. — Le *Standard and Diggers News* du 2 février dit que l'ambulance russe partira dans quelques jours pour Volksrust et qu'elle établira sa base d'opérations à la frontière. Une partie du détachement de la Croix-Rouge belge, ayant à sa tête le Dr Colsen, partira demain pour Mafeking. (*Le Matin*, 6 février.)

Dépôt de convalescents.

Le Ministre de la Guerre a adressé la circulaire suivante aux chefs de corps d'armée :

Mon cher général,

Mon attention a été appelée sur les graves inconvénients auxquels peut donner lieu l'envoi en congé de convalescence des soldats appartenant à des familles dépourvues de ressources, ou habitant dans des régions dont le climat ne serait pas favorables à leur rétablissement. Ces convalescents ne pouvant recevoir les soins spéciaux qui leur sont nécessaires, rentrent souvent à leur corps sans qu'une amélioration sensible se soit produite dans leur état de santé.

En vue de remédier dans la mesure du possible à ces inconvénients, il conviendra à l'avenir de m'adresser des propositions motivées en vue de diriger sur le dépôt installé dans l'île de Porquerolles et qui dispose de 160 places les malades convalescents qu'il serait nécessaire pour des raisons particulières de ne pas envoyer dans leurs foyers.

Je vous invite à me transmettre le cas échéant, les propositions dont il s'agit, conformément aux articles 106 et suivants du règlement sur le service de santé.

La note ministérielle du 25 mars 1890, insérée au Bulletin officiel et relative au transfert du dépôt de convalescents de Porquerolles à l'île Sainte-Marguerite, est abrogée; le dépôt de Sainte-Marguerite est d'ailleurs maintenu spécialement pour les convalescents des stationnés hors de France. GALLIFFET.

Cent deux cas d'insolation.

Buenos-Ayres, 4 février. — Il s'est produit, hier, cent deux cas d'insolation, dont quatre-vingt-treize ont été suivis de mort; la plupart des personnes atteintes sont des ouvriers. Il fait 39° à l'ombre. (*Le Matin*, 5 février.)

Déclaration des maladies contagieuses.

La déclaration des maladies contagieuses est loin de se faire d'une façon sérieuse dans notre pays. C'est ainsi, comme nous l'avons dit dans le numéro du 16 décembre, que le sous Préfet de Marennes, ignorait complètement l'épidémie de Saint-Sulpice. Pourquoi ? Parce que le maire de la localité ne l'avait pas averti. Bien des maires agissent de même, le plus souvent non par mauvaise volonté, mais par insouciance. Dans le cas particulier, le magistrat municipal était parfaitement au courant de la situation : 1° parce qu'il avait fait engager, par l'intermédiaire du garde champêtre, les habitants à ne boire que de l'eau bouillie ; 2° parce qu'il y avait eu des décès. Rappelons que les journaux politiques avaient parlé de cette épidémie.

Congrès international de l'éducation physique.

Ce Congrès a constitué le 7 décembre dernier son bureau comme suit : *Président* : M. Léon Bourgeois, député de la Marne; — *Vice-présidents* : MM. le général Bonnal; Dr Bouchard, membre de l'Institut; Buisson, professeur à la Faculté des lettres de Paris; baron Pierre de Coubertin, président du Comité international des jeux olympiques; — *Secrétaire général* : M. G. Demeny, professeur du cours supérieur d'éducation physique de la Ville de Paris ; — *Secrétaires* : MM. Grinon professeur au collège Sainte-Barbe et aux écoles primaires, Lhermitte, professeur rédacteur en chef du *Stand*; — *Secrétaires-adjoints* : Mlle Billoud; M. Bocquilion, professeur, étudiant en médecine; — *Trésorier* : M. Passerieu, Asthon, commissaire aux fêtes de 1900.

Bibliographia medica
(Bibliographie internationale des Sciences médicales).
93, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le 15 février prochain paraîtra, dans les bureaux de l'Institut de Bibliographie à Paris, le n° 1, pour l'année 1900, de la *Bibliographia medica*, publication consacrée à la *Bibliographie internationale des sciences médicales*, sur le modèle de l'*Index medicus* américain, dont elle continuera les traditions scientifiques, si appréciées de tous les bibliographes contemporains. Grâce aux directeurs de ce recueil, MM. C. Potain, membre de l'Institut, et Charles Richet, professeurs à la Faculté de Médecine de Paris, de notables perfectionnements seront apportés à la rédaction; et la classification sera absolument méthodique.

Le recueil nouveau, mensuel comme l'*Index medicus*, contiendra environ quatre mille indications bibliographiques par numéro de 80 pages, c'est-à-dire cinquante mille par an, au minimum. Le prix d'abonnement, malgré cela, ne sera que de cinquante francs pour la France, et soixante francs pour l'étranger, au lieu de 125 francs.

Bonne chance au rédacteur en chef, notre ami Marcel Baudouin, dans l'œuvre si utile mais si difficile qu'il tente d'entreprendre.

Thèses de la Faculté de Bordeaux (janvier 1900).

M. Joly. Etude clinique et expérimentale sur les luxations dorsales internes du gros orteil. — M. Bourges. Contribution à l'étude des anévrismes artérioso-veineux des vaisseaux fémoraux. — M Chanaud Contribution à l'étude des tumeurs mélaniques de la conjonctive. — M. Galles de Santerre. Asphyxie par irrigation de ganglions tuberculeux dans les voies respiratoires. — M. Oudard. Le délire d'auto-accusation (Etude médico-légale). — M. Lesson. Examen du sang (formule hématologique) dans quatre cas de néphrite aiguë (avant et après la guérison) Influence du régime lacté absolu (continué pendant huit jours sur l'état du sang d'un sujet normal). — M. Gautier Lalande. Etude pratique des réactifs colorants employés en technique microscopique. (Travail du Laboratoire des cliniques). — M. Rousseau De la canitie subite émotionnelle. — M. Duc. Quelques recherches sur la proportion des anciens syphilitiques parmi les veillards. — M. Lorans De l'appendicite chez la femme. — M. Ayraud. La tuberculose conjonctivale primitive. — M. Sibiril. Histoire médicale de Jean-Jacques Rousseau. — M. Caboureau. La paralysie générale chez les religieux. (Contribution à l'étude de l'étiologie de la paralysie générale). — M. Lucas. Le pavillon de l'oreille. — M. Lesjarret. Contribution à l'étude de l'action musculaire et nerveuse comparée dans les systèmes sympathique et cérébro-spinal.

La mort de M. le Dr Devay, démentie.

Un mort vivant, et bien vivant, c'est notre confrère, M. le Dr DEVAY, dont nous avons hâtivement annoncé la mort sur la foi de plusieurs journaux politiques, et entre autres du *Petit Bleu*.

On nous a écrit de Lyon que l'état du blessé était aussi satisfaisant que possible une semaine après l'accident, et que le distingué chirurgien, M. Jaboulay, qui a pratiqué la laparatomie après l'accident, espère le sauver. La plaie profonde produite par une lime triangulaire, un peu au-dessus de l'ombilic, à déterminé une hémorragie assez abondante. Des perforations intestinales sont évidentes, puisque des matières fécales sortent par la plaie, mais l'excellence de l'état général, le maintien de la température aux environs de 37°, font espérer à M. Jaboulay qu'une péritonite plastique a pu se produire et que le malade guérira ; ce que nous souhaitons de tout cœur.

Pratiques superstitieuses lors de la naissance.

Les enfants que la nature envoie à la lumière du jour y sont accueillis par un infatigable souhait de bonheur. C'est une croyance antique et vénérable que ce bonheur dépend principalement des premières pratiques auxquelles est soumis le nouveau-né. Mais comme les rites de l'accueil varie avec l'éloignement où l'on est du méridien de Greenwich et que l'état de la science ne permet pas de distinguer quels sont les plus efficaces, il est bon de les connaître tous. Les parents anglais souhaitent mille malheurs au baby, persuadés que les destinées malignes exécutent nos vœux à rebours; et, pour que la vie de leur enfant soit douce et unie : « Sois le bienvenu, lui disent-ils, petit étranger, sur une pelotte d'aiguilles.» Les Irlandaises préservent leur nourrisson de tout mal en l'entourant d'une ceinture de cheveux de femme. Les Ecossaises placent dans le berceau un couteau ou une paire de pincettes. Les Hollandaises, du pain, du bœuf, du sel et de l'ail. Quand un poupon naît en Bretagne, les commères s'en emparent; elles le baignent, elles lui tirent les membres jusqu'à ce qu'ils craquent; elles lui enduisent la tête d'huile d'olive et elles lui humectent les lèvres d'eau-de-vie. Les Roumains ceignent d'un ruban rouge le pied du nouveau-né. Les Turcs lui versent sur le front de l'eau et de la terre. Les Grecques, prenant l'enfant dans leurs bras, tournent trois fois en chantant autour du foyer. Et les Espagnoles promènent sur le visage du petit hidalgo une branche de sapin. (*Débats.*)

L'art de fabriquer des cils.

On fabrique, à l'usage des beautés incomplètes, des sourcils, des dents, des nez et d'autres accessoires encore. Ne parlons pas des faux cheveux, dont l'usage, en France, est antérieur à la conquête de César. Mais la science et l'art se perfectionnant à la fois, on fabriquera désormais des cils. *La Médecine française* nous en donne le moyen, qui est simple. Avec une aiguille enfilée d'un cheveu, vous faites sur le bord de la paupière un point de couture très serré. Quand la paupière est ainsi ourlée, à l'aide de ciseaux fins, vous coupez chaque point en son milieu. Chaque bout du cheveu qui vous a servi de fil devient un cil. On pleure un peu dans les premiers temps. Nous croyons cependant que l'industrie du cil artificiel est appelée à un bel avenir. Plus de ces yeux rouges et déguenillés, qui font horreur; mais une ombre chaste, blonde ou brune, à votre choix, et aussi longue que vous le désirerez. Ce sont des cils pareils qui ont causé les premiers malheurs de Numa Roumestan; mais ils étaient collés et on les ôtait le soir. Les cils vraiment modernes, entièrement cousus à la

main, solides et ne s'enlevant jamais, donneront aux femmes un charme de toutes les heures. Il ne leur manquera rien, sinon d'être vraiment des cils. Car la science aura beau faire : ils ne seront jamais que des cheveux coupés en quatre. (*Débats.*)

Les épidémies.

La peste.

Les journaux donnent peu de nouvelles de la peste cette semaine. L'*Eclair* publie la dépêche suivante venant de l'Ile-Maurice et datée du 4 février : Il y a eu, la semaine passée, sept nouveaux cas de peste et six décès. — Le *Journal des Débats* du 8 février publie en dernières nouvelles :

Lisbonne, 7 février. — Un décret paru aujourd'hui à l'*Officiel* annonce la disparition de l'épidémie de peste bubonique à Oporto et la levée des mesures prises à l'égard des provenances de cette ville.

L'Influenza.

L'influenza fait de nombreuses victimes en France. A Paris, sans présenter de gravité exceptionnelle, elle s'est rapidement répandue. M. Legouvé, doyen de l'Académie française, en a été légèrement atteint et est convalescent malgré son grand âge.

La *Patrie* signale au lycée Saint-Louis une petite épidémie d'influenza qui a déterminé l'administration à prendre des mesures prophylactiques. M. Gréard a chargé d'une enquête une commission présidée par M. Brouardel. Les résultats des travaux de cette commission ont eu pour conséquence la suppression complète de l'eau ordinaire. On lui a substitué de l'eau bouillie, non seulement aux différents repas, mais encore pour la toilette du matin. Un certain nombre de jeunes gens, environ 30, ont été renvoyés dans leurs familles.

A Bourges, la maladie a fait de rapides progrès. A Amiens et dans tout le département de la Somme, l'épidémie sévit avec intensité. — En Italie, à Bologne et à Massa de très nombreux cas d'influenza, heureusement peu graves, sont signalés.

La fièvre typhoïde.

L'agence *Havas*, le 4 février publiait la dépêche suivante de Bar-le-Duc :

« Un journal de Paris appelait hier l'attention du Ministre de la Guerre sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui s'évit à Bar-le-Duc, et l'engageait à décréter le changement de garnison du 94e de ligne. Or, voici exactement la situation : il y a eu depuis trois mois environ 40 cas de fièvre typhoïde au régiment, dont 7 suivis de décès ; il y a présentement environ 20 malades. L'épidémie a donc subi une décroissance très marquée. »

A Saint-Cyr, de nombreux cas de fièvre typhoïde, de diarrhée, de grippe à forme gastro-intestinale, d'oreillons, de rougeole ont éclaté à l'Ecole militaire, la presse en a été saisie, une enquête a été ordonnée par M. le Ministre de la Guerre qui a communiqué aux journaux la note suivante :

« Sur l'ordre du Ministre de la Guerre, M. le médecin-inspecteur général Dujardin-Beaumetz s'est rendu hier à l'Ecole spéciale militaire de Saint-Cyr, pour examiner la situation sanitaire du personnel et des élèves de cet établissement.

« La visite à laquelle il a procédé dans le plus grand détail, lui a permis de constater que les quelques accidents qui avaient pu être occasionnés par la contamination accidentelle de l'eau d'alimentation, n'avaient eu aucune conséquence grave, et qu'en dehors des cas de grippe, toujours assez nombreux à cette époque de l'année, l'état sanitaire général était satisfaisant. M. Dujardin-Beaumetz s'est fait rendre compte des mesures qui avaient été prises par le commandant et le service médical de l'Ecole, et si la cause qui avait amené la contamination des conduites d'eau potable a été constatée, aussi bien pour parer aux conséquences qui pouvaient en résulter que pour en prévenir le retour, il n'a pu que leur donner la plus entière approbation. Les craintes légitimes qu'avait pu suggérer cet accident peuvent donc être considérées comme définitivement écartées.

Enseignement médical libre.

Maladies des oreilles, du nez, de la gorge et du larynx. — La clinique du Dr C. MIOT est transférée, rue Dauphine, 16. Consultations gratuites le mardi de midi à 2 heures ; particulières, le lundi soir de 9 h. à 10 h., le jeudi. de midi à 2 heures.

Electricité médicale. — Le Dr L.-R. REGNIER, chef du laboratoire d'électrothérapie de la Charité : conférences théoriques et cliniques hebdomadaires le samedi à 5 heures, au laboratoire.

Actes et Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.
(Voir page VII des annonces.)

FORMULES

VIII. — Contre l'impétigo.

Faire tomber les croûtes avec des pulvérisations tièdes ou un cataplasme de fécule boriqué : après quoi on fait des onctions bi-quotidiennes avec :

Vaseline.	30 grammes.
Acide borique.	4 —

ou bien avec :

Vaseline.	30 grammes.
Salol.	3 —

ou bien :

Oléo stéarate de cuivre.	1 gramme.
Axonge benzoïnée	40 —
	(Jeannel).
Vaseline.	30 grammes.
Onguent de Vigo.	5 —
Acide borique.	1 —

Etendre sur un linge fin et appliquer comme un emplâtre.

(E. Besnier.)

(Comby : *Thérapeutique et prophylaxie des maladies des enfants.* Rueff, éditeur, 1900).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 28 janv. au samedi 3 fév. 1900, les naissances ont été au nombre de 1182 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 433, illégitimes, 167. Total, 600. — *Sexe féminin* : légitimes, 412, illégitimes, 170. Total, 582.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1896 : 2 511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 28 janv. au samedi 3 fév. 1900, les décès ont été au nombre de 1104, savoir : 565 hommes et 539 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 1, F. 3. T. 4. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 2, F. 0, T. 2. — Rougeole : M. 7, F. 11, T. 18. — Scarlatine : M. 1, F. 2, T. 3. — Coqueluche : M. 1, F. 2, T. 3. — Diphtérie. Croup : M. 3, F. 1, T. 4. — Grippe : M. 17, F. 21, T. 38. — Phtisie pulmonaire : M. 123, F. 72. T. 195. — Méningite tuberculeuse : M. 17, F. 6, T. 23. — Autres tuberculoses : M. 18, F. 10, T. 28. — Tumeurs cancéreuses : M. 15, F. 33, T. 48. — Tumeurs autres : M. 0, F. 7, T. 7. — Méningite simple : M. 8, F. 18, T. 26. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 25, F. 31, T. 56. — Paralysie, M. 6. F. 9, T. 15. — Ramollissement cérébral : M. 2, F. 6, T. 8. — Maladies organiques du cœur : M. 36, F. 45, T. 81. — Bronchite aiguë : M. 9, F. 10, T. 19. — Bronchite chronique : M. 16, F. 12, T. 22. — Broncho-pneumonie : M. 21, F. 24, T. 45. — Pneumonie : M. 39, F. 31, T. 70. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 42, F. 33, T. 75. — Gastro-entérite, biberon : M. 8, F. 8, T. 16. — Gastro-entérite, sein : M. 3, F. 1, T. 4. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 2, F. 1, T. 3. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 2, T. 2. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Débilité congénitale : M. 27, F. 13, T. 40. — Sénilité : M. 19, F. 30, T. 49. — Suicides : M. 13, F. 2, T. 15. — Autres morts violentes : M. 4, F. 6, T. 10. — Autres causes de mort : M. 79, F. 74. T. 153. — Causes restées inconnues : M. 7, F. 0, T. 7.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 78, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 30, illégitimes, 9. Total : 39. — *Sexe féminin* : légitimes, 26, illégitimes, 13. Total : 39.

LABORATOIRE DE CHIMIE. — *Concours pour l'admission à l'emploi de stagiaire au laboratoire de chimie* (traitement annuel : 2.100 francs. Les stagiaires admis à la suite du concours

pourront être nommés, après une année d'exercice, chimistes ou experts-chimistes au traitement de 2.400 francs). — Un concours pour l'admission à l'emploi de stagiaire au laboratoire de chimie aura lieu le 26 mars 1900 à la Préfecture de Police. Le registre d'inscription sera ouvert le 29 janvier et clos définitivement le 20 février, à 4 heures. Aucune demande ne sera acceptée après cette date. Les candidats devront réunir les conditions suivantes : 1° Etre âgés de plus de 21 ans et de moins de 30 ans; 2° avoir satisfait à la loi militaire ; 3° avoir été examinés par le médecin en chef de l'Administration et reconnus physiquement aptes à remplir l'emploi dont il s'agit; 4° justifier soit de seize inscriptions en médecine, soit de douze en pharmacie, soit de trois ans de stage dans un laboratoire de chimie comme préparateur ou être licenciés ès sciences physiques ou diplômés d'une des Ecoles suivantes : Ecole centrale, Institut agronomique, Ecole de physique et de chimie, Institut chimique de Nancy, Ecole de chimie de Bordeaux, Ecole de chimie industrielle de Lyon. En déposant au secrétariat général (service du personnel) une demande sur papier timbré, ils devront produire les pièces suivantes : 1° Extrait authentique sur timbre de l'acte de naissance; 2° extrait du casier judiciaire ayant moins d'un mois de date; 3° pièces militaires : certificat de bonne conduite au corps et livret militaire ou certificat d'exemption; 4° feuille d'inscription pour les étudiants en médecine et en pharmacie ; certificats authentiques pour les candi dats ayant manipulé dans un laboratoire de chimie ; diplôme pour les licenciés et les élèves des Ecoles désignées ci-dessus; 5° notice faisant connaître les antécédents et les études des candidats. Cette notice doit être accompagnée des diplômes, certificats, etc., à l'appui. Le concours, auquel seront appelés les candidats dont la demande aura été agréée par le Préfet de Police, comprendra trois séries d'épreuves : 1° Une épreuve écrite consistant en une rédaction sur un sujet de connaissances générales relatif aux altérations ou falsifications de denrées. Deux heures seront accordées aux candidats pour cette rédaction ; 2° une épreuve orale comportant des questions sur la chimie générale, les falsifications les plus communes et les principaux moyens de les reconnaître ; les lois et règlements relatifs à la salubrité des marchandises; 3° une épreuve pratique au laboratoire. Un exemplaire du programme complet sera mis à la disposition des candidats qui auront réclamé leur inscription. La liste, par ordre de mérite, des candidats jugés admissibles par la Commission d'examen sera définitivement arrêtée par décision du Préfet de Police. Les nominations n'auront lieu qu'au fur et à mesure des vacances.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — *Cours de physique appliquée aux sciences naturelles.* — M. H. BECQUEREL, professeur, membre de l'Institut, a ouvert ce cours le lundi 5 février 1900, à une heure de l'après-midi, dans le grand Amphithéâtre et le continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine, à la même heure. Le professeur traitera de la lumière ; il s'occupera en particulier de la phosphorescence, du rayonnement des corps radio-actifs, de l'absorption, de l'action de la lumière sur les animaux et les végétaux, et les météores lumineux de l'atmosphère.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons que M. le Dr COSTE, ancien sénateur de l'Yonne, vient de mourir dans sa propriété de Saint-Julien-du-Sault. M. Coste était né dans cette petite ville, le 28 août 1833. Après avoir terminé ses études de médecine à Paris, il revint se fixer dans son pays natal. Mêlé au mouvement républicain pendant l'Empire, il fut élu maire par ses concitoyens, en 1867, et conseiller général en juin 1870. Son canton le réélut régulièrement à chaque renouvellement de l'assemblée départementale, dont il devint vice-président en 1887 et président à partir de 1891. Les électeurs sénatoriaux de l'Yonne l'envoyèrent siéger au Sénat comme successeur d'Edouard Charton, le 27 février 1890. Il siégea à la gauche républicaine et fit partie de plusieurs grandes commissions. (*Le Temps*). — Nous avons, en outre, le regret d'annoncer la mort de M. le Dr BOVET (de Pougues). — M. le Dr FABRE (de St-Pons).— M. le Dr BRUN-BUISSON (de Voiron).— M. le Dr MIGNOT (de Pougues).— M. BRODHURST, chirurgien de Londres, membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris. — Une des illustrations de la Faculté de médecine de Vienne, le Pr KNOLL, vient de mourir prématurément à l'age de cinquante-neuf ans, d'une inflammation pulmonaire. Il occupait la chaire de pathologie générale et expérimentale, qu'il avait enseignée plus de vingt-cinq ans à la Faculé de médecine de Prague. Il tenait une des premières places par ses savantes recherches sur les modifications du système nerveux par les conditions vitales sur la circulation du sang et la respiration. (*Le Temps*, du 3 février 1900). — Nous apprenons la mort, à l'âge de soixante-neuf ans, de M. HUGHES, le célèbre inventeur du télégraphe imprimeur qui [illegible]. Le Pr Hughes était originaire [illegible], mais il avait [illegible] aux Etats-Unis et s'était [illegible] Américain. D[illegible] et très simple malgré [illegible] fortune que lui avait [illegible] ses belles décou-

vertes, il a laissé un grand nombre de legs à divers établissements scientifiques qu'il encourageait de son vivant. Ses obsèques, auxquelles l'ambassade de France s'est fait représenter, ont eu lieu le 27 janvier.

COURS DE CHIRURGIE EXPÉRIMENTALE. — M. TUFFIER, agrégé, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, commencera, le lundi 12 février, au laboratoire de physiologie de la Faculté des sciences, un cours et des travaux pratiques de chirurgie expérimentale. Les élèves seront exercés individuellement aux diverses interventions chirurgicales. Pour renseignements et inscription, s'adresser au Laboratoire de physiologie expérimentale de la Faculté des sciences, place de la Sorbonne. Le nombre des élèves est limité,

Chronique des Hôpitaux.

HOTEL-DIEU. — Le Dr LUCAS-CHAMPIONNIÈRE : leçons de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu à dix heures, tous les jeudis. Opérations avant la leçon. Opérations abdominales le mardi. Le mercredi et le samedi visite dans les salles.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. le Dr BÉCLÈRE, conférences de radioscopie médicale avec présentation de malades, le dimanche à 10 heures du matin.

Clinique des affections du système nerveux. — M. GILBERT BALLET, leçons cliniques sur les affections du système nerveux et la pathologie mentale, hôpital Saint-Antoine (Amphithéâtre de la clinique de la Faculté), le dimanche, à 10 heures.

CLINIQUE TARNIER. — M. le Pr BUDIN : Mardi et samedi à 9 heures, leçons à l'Amphithéâtre. — Lundi et jeudi, lecture raisonnée des observations de la semaine. — Mercredi, leçons de séméiologie obstétricale. — Vendredi, consultations des nourrissons tous les jours, à 5 heures, cours théorique d'accouchement.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h. 1/2. Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée); présentation de cas cliniques, etc. — *Service de* M. le Dr P. MARIE. Le service de l'infirmerie de Bicêtre comprend un grand nombre de malades atteints d'affections chroniques et particulièrement d'affections du système nerveux. Ce service est ouvert aux étudiants et le samedi a lieu, à 9 h. 1/2, une visite générale au cours de laquelle le Dr Pierre Marie présente les malades les plus intéressants.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENT DE PARAITRE AU *PROGRES MÉDICAL*

14, RUE DES CARMES A PARIS.

THULIÉ (H.). **Le dressage des jeunes dégénérés ou orthophrénopédie.** Tome VI de la *Bibliothèque d'Education speciale.* Volume in-8 de IV-[illegible]78 pages, avec [illegible] figures. — Prix : 8 fr. — Pour nos abonnés . . . . 6 fr.

BOURNEVILLE. **Assistance et traitement des idiots, imbéciles, débiles, dégénerés amoraux, cretins, épileptiques (adultes et enfants). Assistance et traitement des alcooliques. Colonies familiales.** (Aperçu critique sur [illegible] du nouveau projet de loi portant révision de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés). Avec une préface de M. le Dr MAGNAN. Tome VII de la *Bibliothèque d'Education speciale.* Un volume in-8 de IV-[illegible] pages. — Prix : [illegible] francs. — Pour nos abonnés . . . . 3 fr. [illegible]

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

[illegible], RUE DE RENNES 71.

XXIXe ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XI. N° 7. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 17 FÉVRIER 1900.

Le Progrès Médical

HYGIÈNE DE LA PREMIÈRE ENFANCE

La mortalité par gastro-entérite chez les enfants âgés de 0 à 1 an à Paris et plus particulièrement à la Polyclinique H. de Rothschild en 1898 et 1899.

Par le Dr H. de ROTHSCHILD.

Un peu plus faible qu'en 1898, le nombre des décès par gastro-entérite des enfants âgés de moins d'un an, pendant l'année 1899, a encore été considérable. La température, qui joue un si grand rôle dans la mortalité infantile, n'a pas atteint un maximum aussi élevé qu'en 1898, mais la période chaude a eu une durée plus longue et la moyenne des températures journalières a été supérieure.

D'après les observations recueillies à l'observatoire du Parc-Saint-Maur, la moyenne des températures journalières pendant les mois de mai, juin, juillet, août, septembre (de la dix-septième à la trente-neuvième semaine) a été de 17° environ (16°,88) et la hauteur barométrique moyenne de 762 m/m 90. Durant cette même période, la plus chaude de l'année, la moyenne de la mortalité, pour les enfants âgés de moins d'un an, a été de 148,4 par semaine. Le chiffre le plus élevé s'observe à la trente et unième semaine avec 256 décès ; en même temps, la température moyenne atteint 23°,57.

Depuis la vingt-neuvième jusqu'à la trente-quatrième semaine incluse (du 16 juillet au 12 août), le nombre total des décès a été de plus de 200; par trois fois, il dépasse 230. Pendant cette période, la température moyenne a été de 22° environ.

Si, pendant la même période de chaleur (vingt-trois semaines), on considère le rapport du nombre des décès par gastro-entérite avec le nombre total des décès pour la catégorie d'enfants dont il s'agit, on constate qu'il y a cinq semaines pour lesquelles la mortalité par gastro-entérite dépasse 20 0/0 sans atteindre 30 0/0; six semaines où elle dépasse 30 0/0 sans atteindre 40 0/0; quatre où elle flotte entre 40 0/0 et 50 0/0; enfin, huit semaines où elle dépasse 50 0/0, dont cinq pour lesquelles la moyenne atteint jusqu'à 68 0/0. La température la plus chaude de l'année correspond à la semaine où la mortalité par gastro-entérite atteint 68 0/0 de la mortalité totale des enfants âgés de 0 à 1 an.

En considérant plus particulièrement les décès ayant pour cause la gastro-entérite, on constate qu'il y a en moyenne, sur l'ensemble de l'année, 85,7 0/0 des enfants élevés au biberon ; ce rapport atteint 89 0/0 pendant la saison chaude (1er mai au 1er octobre).

De la vingt-septième à la trente-septième semaine (2 juillet au 16 septembre, soit onze semaines consécutives) ce rapport est toujours supérieur à 90 0/0; deux fois, il atteint 94,4 0/0 (trentième semaine). Le tableau et le graphique ci-joints (p. 98) mettent en évidence les nombres absolus qui ont servi à l'établissement de ces rapports ; ils permettent de se rendre compte une fois de plus du nombre considérable de décès causés par la gastro-entérite chez les enfants élevés au biberon.

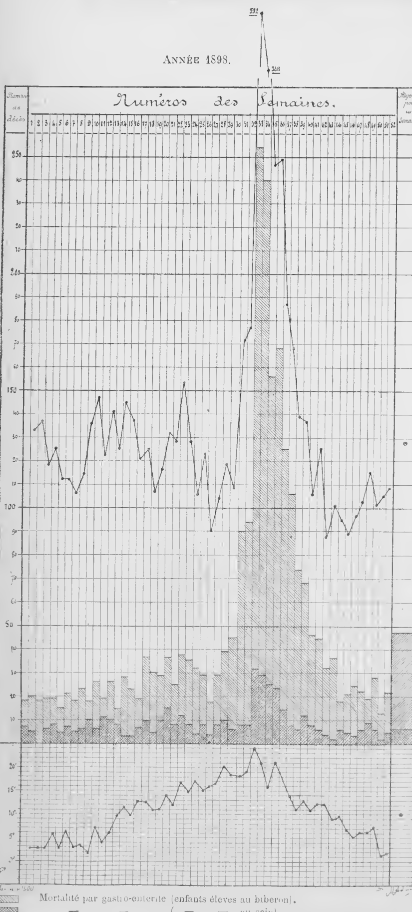
En examinant les périodes de chaleur correspondantes des années 1898 et 1899, du 1er mai au 1er octobre, on trouve :

Total de la mortalité de 0 à 1 an en 1898.	3.775
— — 0 à 1 an en 1899.	3.405
Différence en moins.	370

D'autre part :

Total de la mortalité par gastro-entérite en 1898.	1.992
— — — — 1899.	1.629
Différence en moins.	373

En comparant ces deux différences, on peut se rendre compte que si la mortalité générale tend à diminuer, elle décroit justement du même nombre que la mortalité par gastro-entérite, quoique l'année ayant été plus chaude, ait été, par cela même, plus favorable au développement de la gastro-entérite. On peut donc affirmer, d'après les chiffres cités plus haut, qu'il y a au moins 89,7 0/0 des vies sauvées qui proviennent de la diminution de la mortalité par gastro-entérite.



Mortalité par gastro-entérite (enfants élevés au biberon).
— — (— — au sein).

Graphique supérieur : Mortalité totale chez les enfants de 0 à 1 an.
Graphique inférieur : Courbe de la température moyenne par semaine.

Fig. 9.

Ces chiffres ne correspondent-ils pas aux remarquables résultats qui ont été signalés dans les services hospitaliers, consultations, dispensaires, crèches, polycliniques, etc., qui ont été créés depuis quelques années sur l'initiative de M. le Pr Budin, pour donner à la masse des nourrissons nécessiteux, autrefois sans soins, les conseils destinés à les sauver de la maladie et souvent de la mort. Dans ces divers établissements spécialement affectés aux nourrissons, il est souvent ajouté aux indications des médecins et aux secours en médicaments, des distributions de lait stérilisé gratuites ou à prix réduit. On peut alors constater une amélioration considérable dans l'état sanitaire des enfants régulièrement surveillés et alimentés suivant les principes prescrits. Il est facile de s'en assurer en jetant un coup d'œil sur les récentes statistiques.

Mme Chaternikoff, dans sa thèse inaugurale (1), a relevé avec grand soin les résultats obtenus dans les principales grandes crèches de Paris. Ces résultats sont si satisfaisants qu'il ne vient qu'une pensée, c'est de voir se multiplier ces établissements philanthropiques et les consultations de nourrissons, où, par le seul fait d'une hygiène bien réglée, d'une alimentation saine et rationnelle, on sauve annuellement un grand nombre d'enfants.

DÉSIGNATION DES ŒUVRES.	Nombre des enfants traités	Troubles digestifs.	Mortalité.	Guérisons.	OBSERVATIONS
Consultations externes de la clinique d'accouchement, service de M. le Pr Budin (2).	53	12	néant	12	
Hôpital de la Charité, M. le Dr Maygrier. . . .	13	9	néant	9	
Crèche Furtado-Heine, M. le Dr Laborde. . . .	146	33	néant	33	
Crèche de la rue Gauthey, M. le Dr Gauchas. . . .	24	4	néant	4	
Crèche Sainte-Philomène M. le Dr Gauchas. . . .	74	3	néant	3	
Crèche Hippolyte-Noiret, M. le Dr Drapier.. . . .	71	20	4	16	Les décès sont survenus pendant la fermeture de la crèche ou à la suite d'une absence de plus de 8 jours.
Crèche Fénelon Charles, M. le Dr Bouquet. . . .	44	2	néant	2	
Œuvre de la Goutte de lait à Fécamp, M. le Dr Dufour : à l'Œuvre.	135	?	3	132	

Depuis quelques années, les consultations de nourrissons avec distribution de lait stérilisé se multiplient. Nous avons publié, en 1898, les premiers résultats obtenus (3) par MM. les Drs Budin, Chavane, Dufour, etc. Au commencement de 1899, M. le Dr Mauchant a publié, dans sa thèse inaugurale (4), la statistique remarquable du Dr Variot (dispensaire de Belleville). Enfin dans le dernier numéro de l'*Obstétrique*, le Dr P. Planchon, assistant du Pr Budin, publie les résultats de la consultation de nourrissons à la clinique Tarnier (1892).

(1) Mme Chaternikorff. — Thèse de Paris, 1899.

(2) Résultats obtenus à la consultation des nourrissons de la clinique Tarnier, pendant les mois de juin, juillet, août et septembre 1899, par le Dr Pierre Planchon, in *Obstétrique* no 1 du 5 janvier 1900, p. 35-50.

(3) L'allaitement mixte, l'allaitement artificiel, par H. de Rothschild, Masson et Cie édit., 1898.

(4) Mauchant. — Thèse de Paris, 1899.

Depuis 1896, époque à laquelle nous avons fondé notre consultation spéciale de nourrissons, à notre polyclinique, 82, rue de Picpus, nous nous sommes efforcé de publier avec le plus grand soin les résultats que nous avons obtenus.

Les faits que nous avons observés pendant l'été 1899 ont été particulièrement instructifs, nous croyons intéressant de les publier.

Nous avons relevé avec le plus grand soin les résultats que nous avons obtenus pendant la période d'été de l'année 1899 et nous présentons ces résultats comme des plus démonstratifs puisqu'à cette époque, où la température moyenne a toujours été supérieure à 17°, la mortalité des enfants de 0 à 1 an a été plus considérable. De plus, les enfants présentés à la Polyclinique de la rue Picpus sont généralement atteints d'autres maladies, ce qui rend plus difficile leur alimentation et le traitement prophylactique de la gastro-entérite.

Depuis le 1er mai jusqu'au 1er septembre, 113 enfants de moins de 15 mois ont pris régulièrement du lait stérilisé durant au moins un mois pendant la période considérée. Sur ces 113 enfants, tous, plus ou moins gravement atteints d'affections chroniques ou aiguës, nous avons eu 11 décès, dont 5 par gastro-entérite et 6 par d'autres causes, soit 9,73 0/0 pour la mortalité totale et 4,42 0/0 pour la mortalité par gastro-entérite. De plus, 64 enfants, également atteints d'affections diverses, ont reçu du lait stérilisé pendant une durée inférieure à un mois, 9 de ces enfants sont morts, dont 7 de maladies diverses (tuberculose, méningite, faiblesse congénitale, bronchite aiguë, rougeole), soit 10,94 0/0 et 2 par gastro-entérite (ces deux enfants étaient athrepsiques), soit 3,12 0/0. Il faut remarquer que la catégorie d'enfants que nous considérons, et qui sont amenés à notre dispensaire, sont en grande partie allaités artificiellement, quelques-uns seulement sont soumis à l'allaitement mixte. D'autre part, appartenant à des familles très nécessiteuses et peu soigneuses, ils sont mal tenus et mal soignés; ils nous arrivent presque toujours anémiés et atteints de troubles digestifs ou pulmonaires.

Cette constatation est importante. En effet, M. Lesage n'a-t-il pas dit que le lait stérilisé n'était que d'un petit secours dans la prophylaxie de la gastro-entérite des nourrissons en été, que la qualité du lait n'était qu'un facteur secondaire dans les épidémies de gastro-entérite et qu'il fallait attribuer la plus grande cause à l'influence de la température sur le tube digestif.

Cet auteur aurait d'ailleurs constaté dans des services hospitaliers des épidémies de gastro-entérite chez des enfants allaités exclusivent avec du lait stérilisé; mais l'expérience à l'hôpital est-elle concluante? Il suffit, en effet, que la contagion soit difficile à éviter :

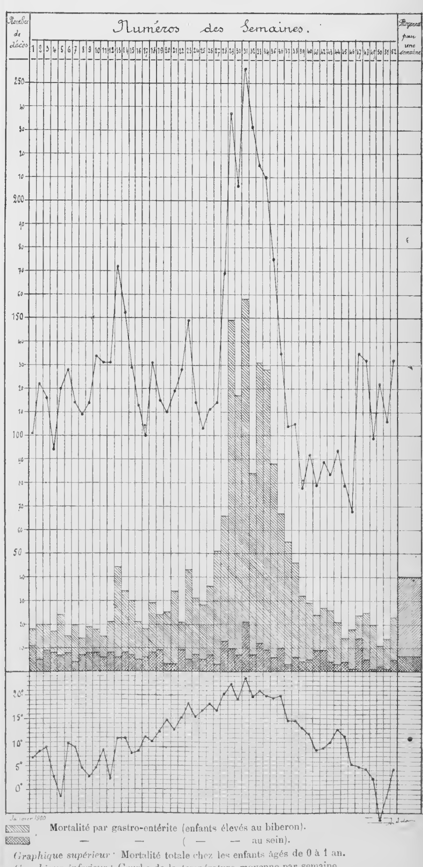
1° Par le fait que le lait stérilisé étant un excellent milieu de culture se contamine avec une extrême facilité dans les salles où les poussières sont des amas de micro-organismes;

2° Parce que le personnel d'infirmières est insuffisant pour assurer une propreté indispensable avec l'emploi du lait stérilisé;

3° Parce que les petits malades atteints d'affections autres que la gastro-entérite, telles que eczéma, furonculose, etc., infectent eux-mêmes leur tube digestif;

On est mal placé dans ces conditions pour expérimenter un aliment qui ne peut donner de bons résul-

ANNÉE 1899.



Mortalité par gastro-entérite (enfants élevés au biberon).
— — (— — au sein).
Graphique supérieur : Mortalité totale chez les enfants âgés de 0 à 1 an.
Graphique inférieur : Courbe de la température moyenne par semaine.

Fig 10.

tats que dans un milieu parfaitement sain et aseptique.

Le gain de vies que nous avons pu obtenir est suffisant pour motiver l'emploi du lait stérilisé dans les conditions où nous l'employons.

Les résultats que nous venons d'indiquer sont obtenus chez des nourrissons isolés, soignés par leur mère ou par des personnes de leur entourage, allaités, suivant les indications qui sont données par le médecin, avec du lait de bonne qualité et une réglementation méthodique des tétées. Dans ces conditions, les enfants peuvent traverser, avec le minimum de danger, les périodes les plus chaudes de l'année; les chiffres que nous venons d'indiquer, et qui portent sur des enfants plus ou moins malades le démontrent suffisamment. Donc, le traitement des nourrissons à domicile ou dans les consultations spéciales des hôpitaux ou des dispensaires, l'emploi du lait stérilisé de bonne qualité et la réglementation des tétées sont les points sur lesquels on doit insister en vue de diminuer les ravages causés par la gastro-entérite.

Mortalité totale et mortalité par gastro-entérite par semaine pendant l'année 1899 (1).

Nos des semaines.	Dates.	Nombre total des décès de 0 à 1 an.	Nombre des décès par gastro-entérite.			Température moyenne de la semaine (degrés centigrades)	Hauteur barométrique moyenne de la semaine.	Rapport des décès par gastro-entérite au nombre total de décès.			Rapport au nombre total de décès par gastro-entérite des décès par gastro-entérite des enfants au		Observations.
			Sein.	Biber.	Total.			Sein.	Biber.	Total.	Sein.	Biber.	
								0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	
1	1er au 7 janvier.	101	11	18	29	6.84	759.36	10.8	17.8	28.6	38.»	62.»	
2	8 au 14 janvier.	122	5	20	25	8.17	757.78	4.2	16.4	20.6	20.»	80.»	
3	15 au 21 janvier.	116	9	20	29	9.02	761 96	7.7	17.1	28.8	31.2	68.8	
4	22 au 28 janvier.	94	8	17	25	2.72	767.44	8.5	18.1	26.6	32.1	67.9	
5	29 janv. au 4 fév.	120	7	24	31	—1.49	756.45	5.8	20.»	25.8	22.6	77.4	
6	5 au 11 février.	128	8	15	23	9.89	756.51	6.3	11.7	18.»	34.7	65.3	
7	12 au 18 février.	114	4	20	24	8.99	759.57	3.8	17.3	21.1	16.7	83.3	
8	19 au 25 février.	109	7	14	21	4.42	758.53	6.5	12.8	19.3	33.3	66.6	
9	26 fév. au 4 mars.	114	8	19	27	2.75	772.17	7.1	16 5	23.6	29.5	70.5	
10	5 au 11 mars.	134	8	18	26	4.51	759.94	5.9	13.5	19.4	30.9	69.1	
11	12 au 18 mars.	131	6	15	21	8.20	770.86	4 6	11.5	16.1	28.5	71.5	
12	19 au 25 mars.	131	8	21	29	2.17	760.41	6.1	16.1	22.2	27.5	72.5	
13	26 mars au 1er avril	172	6	44	50	10.66	768.13	3.5	25.5	29.»	12.»	88.»	
14	2 au 8 avril.	152	8	34	42	10.87	764.12	5.2	22.4	27.6	19.»	81.»	
15	9 au 15 avril.	129	7	30	37	7.51	752.85	5.4	23.3	28.7	18.5	81.5	Minimum de pression barométrique.
16	16 au 22 avril.	113	5	21	26	8.19	762.35	4.4	18.6	23.»	19.2	80.8	
17	23 au 29 avril.	100	6	18	24	11.12	759.94	6.»	18.»	24.»	25.»	75.»	
18	30 avril au 6 mai.	131	8	29	37	10.06	765.39	6.1	22.2	28.3	21.7	78.3	Commencement de la période chaude.
19	7 au 13 mai.	115	9	24	33	12.38	760.93	7.8	20.9	28.7	27.2	72.8	
20	14 au 20 mai.	110	3	25	28	14.86	759.95	2.7	22 8	25.5	10.7	89.3	
21	21 au 27 mai.	119	3	34	37	12.45	762.30	2.5	28.6	31.1	8.1	91.9	
22	28 mai au 3 juin.	128	9	21	30	15.10	769.13	7.»	16.4	23.4	30.»	70.»	
23	4 au 10 juin.	149	5	43	48	18.22	767.53	3.4	28.8	32.2	10.2	80.8	
24	11 au 17 juin.	114	7	31	38	15.29	763.15	6.1	27.2	33.3	18.4	81.6	
25	18 au 24 juin.	103	5	28	33	16.79	755 83	4.8	27.2	32.»	15.2	84.8	
26	25 juin au 1er juill.	111	7	36	43	18.17	764.13	6.3	32.5	38.8	16.3	83.7	
27	2 au 8 juillet.	114	3	51	54	16.65	765.02	2.6	44.8	47.4	5.57	94.4	
28	9 au 15 juillet.	169	13	66	79	20.36	764.31	7.8	38.7	46.5	16.2	83.8	
29	16 au 22 juillet.	237	10	149	159	22.38	763.42	4.2	63.3	67.5	6.3	93.7	
30	23 au 29 juillet.	206	7	117	124	19.08	766.62	3.4	56.8	60.2	5.6	94.4	
31	30 juillet au 5 août	256	16	158	174	23.67	764.75	6.»	62.»	68.»	9.2	90.8	Maximum de la température, des décès totaux et des décès par gastro-entérite.
32	6 au 12 août.	231	7	84	91	19.55	763.76	3.»	36.5	39.5	7.7	92.3	
33	13 au 19 août.	215	12	131	143	20.98	757.26	5.5	61.»	66.5	8.4	91.6	
34	20 au 26 aout.	210	9	128	137	19.86	766.55	4.2	61.»	65.2	6.6	93.3	
35	27 août au 2 sept.	175	6	88	94	19.23	761.30	3.4	50.4	53.8	6.4	93.6	
36	3 au 9 septembre.	135	10	67	77	19.80	763.33	7 5	49.5	57.»	13.»	87.»	
37	10 au 16 septemb.	104	3	55	58	14.50	763.22	2.9	52.7	53.6	5.2	94.8	
38	17 au 23 septemb.	105	6	46	52	14.46	761.07	5.7	43.7	49.4	11.5	88.5	
39	24 au 30 septemb.	78	4	32	36	12.98	757.78	5.2	41.»	46.2	11.7	88.3	Fin de la période chaude.
40	1er au 7 octobre.	92	5	29	34	11.79	761.68	5.4	31.5	36.9	14.7	85.3	
41	8 au 14 octobre.	79	9	24	33	8.35	764.87	11.2	30.5	41.7	27.3	72.7	
42	15 au 21 octobre.	89	9	27	36	8.69	766.76	10.3	30.2	40.5	25.»	75.»	
43	22 au 28 octobre.	84	4	26	30	9.98	767.39	4.75	31.25	36.»	13.3	86.7	
44	29 oct. au 4 nov.	94	3	21	24	12.78	761.91	3.2	22.3	25.5	12.5	87.5	
45	5 au 11 novembre.	79	4	14	18	11.34	762.17	5.07	17.7	22.8	22.»	78.»	
46	12 au 18 novemb.	68	1	18	19	5.15	774.68	1.47	26.5	28.»	5.4	94.5	Minimum des décès totaux.
47	19 au 25 novemb.	135	14	24	38	4.64	772.97	10.2	17.8	28.»	36.7	63.3	
48	26 nov. au 2 déc.	132	5	25	30	4.18	773.63	3.8	18.8	22.6	16.6	83.3	
49	3 au 9 décembre.	99	1	20	21	2.14	764.84	1.»	20.»	21.»	4.75	95.25	
50	10 au 16 décemb.	122	2	11	13	—6.51	759.21	1.64	9.»	10.65	15.3	84.7	Minimum de température, minimum de décès par gastro-entérite.
51	17 au 23 décemb.	106	1	14	15	—1.69	765.31	0.95	13.1	14.1	6.67	93.3	
52	24 au 30 decemb	132	5	23	28	4.38	752.97	3.8	17.4	21.2	17.8	82.2	
	Totaux. . .	6.657	346	2.087	2.433			5.19	31.38	36.57	14.22	85.77	Moyennes pour l'année.

(1) D'après le Bulletin municipal de statistique.

STATISTIQUE DE LA CONSULTATION DE NOURRISSONS A LA POLYCLINIQUE H. DE ROTHSCHILD, DEPUIS LE 1er MAI JUSQU'AU 1er OCTOBRE 1899
NOURRISSONS AYANT REÇU DU LAIT STÉRILISÉ.

Numéro du livret.	Date de la naissance	Première visite.	Dernière visite.	Incidents au cours des mois d'été.	Venus moins de 1 mois	Venus de 1 à 2 mois	Venus de 2 à 3 mois	Venus plus de 3 mois.	Mode d'allaitement — A reçu du lait stérilisé à partir du	Mode d'allaitement — A reçu du lait stérilisé jusqu'au	Etat le 30 septembre 1899.
1940	11 novembre 1898.	4 mai 1899.	9 novembre 1899	Légère diarrhée au mois de juin.				⊙	4 mai 1899.	Vient toujours.	Bien portant.
1958	25 février 1899.	4 mai 1999.	23 novembre 1899	Stomatite légère en juillet 1899.				⊙	5 mai 1899.		Bien portant.
1955	13 avril 1899.	5 mai 1899.	3 août 1899.	Infection gastro-intestinale chronique.				⊙	5 mai 1899.	13 août 1899.	**Mort le 13 août 1899 d'infection gastro-intestinale.**
1972	18 janvier 1899.	5 mai 1899.	18 mai 1899.	Diarrhée verte.	⊙				5 mai 1899.	Allaitement mixte 9 octobre.	?
1975	20 novembre 1898	18 mai 1899.	25 mai 1899.	Bronchite aiguë en mai.	⊙				8 mai 1899.	Allaitement mixte 26 juin 1899.	*Envoyé à Trousseau, mort le 26 juin*
1970	14 janvier 1899.	18 mai 1899.	25 mai 1899.	Troubles gastro-intestinaux.	⊙				18 mai 1899.	30 juin.	?
1976	2 décembre 1899.	18 mai 1899.	1er juin 1899.	Rougeole au mois de juin.	⊙				18 mai 1899.	Allaitement mixte 4 juin 1899.	Avait la rougeole en juin. *Mort le 4 juillet de pneumonie.*
1963	février 1898.	18 mai 1899.	13 juin 1899.		⊙				18 mai 1899.	26 juin 1899. Sevré.	Avait 18 mois quand il a cessé son lait stérilisé.
1991	5 février 1899.	18 mai 1899.	3 août 1899.	Bec de lièvre opéré par M. Broca.				⊙	15 mai 1899.	30 août.	Bien portant.
1968	24 mars 1899.	18 mai 1899.	14 décembre 1899.	Troubles gastro-intestinaux dans tout le cours des mois d'été.				⊙	18 mai 1899	Vient encore.	Bien portant.
1980	mai 1898.	23 mai 1899.	—	Diarrhée.	⊙				28 mars 1899.	9 octobre 1899.	Bien portant.
1999	13 mai 1899.	1er juin 1899.	7 juin 1899.	Infection gastro-intestinale aiguë.	⊙				1er juin 1899.	8 juin 1899	**Décès le 7 juin Infect. gast.-intest.**
2013	5 mai 1899.	6 juin 1899.	7 décembre 1899.					⊙	6 juin 1899.	Vient encore.	Bien portant
2024	avril 1899.	6 juin 1899.	9 novembre 1899	Quelques troubles gastro-intestinaux.				⊙	6 juin 1899.	30 novembre.	Bien portant.
2025	29 août 1898.	6 juin 1899.	25 juin 1899.		⊙				6 juin 1899.	19 juillet 1899.	N'est plus revenu.
1540	6 mars 1898.	15 septembre 1898	2 novembre 1899					⊙	10 novembre 1898	Allaitement mixte 2 novembre 1899	Bien portant.
1575	—	29 septembre 1898	30 novembre 1899					⊙	29 septembre 1898	Vient encore au 30 nov	Bien portant.
1069	7 décembre 1897.	7 janvier 1898.	12 septembre 1899					⊙	7 janvier 1898.	12 septembre 1899	Bien portant.
1513	7 août 1898.	9 septembre 1898	15 décembre 1899.					⊙	9 septembre 1898	15 décembre 1899.	Bien portant.
1508	—	9 septembre 1898	30 août 1899.					⊙	9 septembre 1898	30 août 1899.	Bien portant.
1545	2 janvier 1898.	15 septembre 1898	4 mai 1899.					⊙	15 septembre 1898	30 août 1899.	Bien portant.
1576	3 août 1898.	29 septembre 1898	1er juin 1899.					⊙	29 septembre 1898	25 juin 1899.	Bien portant.
911	24 août 1897.	24 septembre 1897	—					⊙	24 septembre 1898	août 1899.	Bien portant.
1552	26 août 1898.	22 septembre 1898	7 décembre 1899.	Gastro entérite en juillet.				⊙	22 septembre 1898	Vient encore.	Bien portant.
1553	Jumeaux.			Un peu de diarrhée en juillet.				⊙	22 septembre 1898	Vient encore.	Bien portant.
1733	30 novembre 1897	—	—					⊙	31 décembre 1898.	16 juin 1899.	Bien portant.
1615	10 septembre 1898	20 octobre 1898.	19 octobre 1899					⊙	20 octobre 1898	Vient encore.	Bien portant.
1460	5 juillet 1898.	6 août 1898.	31 août 1899.	Troubles gastro-intestinaux en mai.				⊙	29 septembre 1898	31 août 1893.	Bien portant.
Bast.								⊙	1er juillet 1898.	7 juillet 1899.	Bien portant.
1712	10 décembre 1898.	5 janvier 1899.	9 octobre 1899.	Coqueluche en mai.				⊙	5 janvier 1899.	30 novembre 1899 Vient encore.	Bien portant.
1725	11 septembre 1898	22 décembre 1898.	7 décembre 1899	Allaitement mixte.				⊙	26 janvier 1899.	24 juin 1899.	Bien portant.
1797	8 novembre 1898	9 février 1899.	5 octobre 1899.	Diarrhée en août 5 jours.				⊙	16 février 1899.	13 octobre 1899.	Bien portant.
1754	22 septembre 1898	11 janvier 1899.	15 février 1899.					⊙	16 février 1899.	31 juillet 1899.	Bien portant.
1815	—	23 février 1899.	12 décembre 1899.					⊙	23 février 1899.	Vient encore.	Bien portant.
182.	20 janvier 1899	2 mars 1899.	16 mars 1899.					⊙	2 mars 1899.	3 mai 1899.	Bien portant.
1684	19 mai 1898.	1er décembre 1898	7 septembre 1899					⊙	1er décembre 1898	6 octobre 1899.	Bien portant.
2154	2 avril 1899.	27 juillet 1899.	17 août 1899.		⊙				27 juillet 1899.	Venu qq. jours.	Bien portant à sa dernière visite.
2129	[illegible]	20 juillet 1899.	9 novembre 1899	Enfant probablement spécifique.				⊙	27 juillet 1899.	17 octobre 1899.	Bien portant au point de vue du tube digestif.
2164	16 novembre 1898	27 juillet 1899.		Né avant terme (7 mois).	⊙				27 juillet 1899.	31 juillet 1899.	Mis en nourrice.
2149	[illegible] 1898.	25 juillet 1899.	17 août 1899.	Diarrhée en juillet.	⊙				27 juillet 1899.	19 novembre 1899	Un 1/2 litre. Bien portant.
2148	juin 1898.	25 juillet 1899.	—		⊙				27 juillet 1899.	Venu peu.	N'est venu qu'une fois.
2168	31 janvier 1899.	3 août 1899.	10 août 1899.	Athrepsique.	⊙				3 août 1899.	23 août 1899.	**Mort le 23 août gastro-entérite.**
2186	15 janvier 1899.	3 août 1899.			⊙				11 août 1899.	23 août 1899.	Bien portant à sa dernière visite.
2166	10 mai 1899.	3 août 1899.	2 novembre 1899.	Diarrhée en été.				⊙	3 août 1899.	7 novembre 1899	Bien portant.

Numéro du livret.	Date de la naissance.	Première visite.	Dernière visite.	Incidents au cours des mois d'été.	Venus moins de 1 mois	de 1 à 2 mois.	2 à 3 mois.	plus de 3 mois.	MODE D'ALLAITEMENT. A reçu du lait stérilisé à partir du	jusqu'au	État le 30 septembre 1899.
2177	9 mai 1899.	10 août 1899.	14 décembre 1899.					⊙	3 août 1899.	29 août 1899.	Bien portant.
2171	13 décembre 1898.	3 août 1899.	16 novembre 1899.					⊙	3 août 1899.	22 novembre 1899	Bien portant.
2165	21 novembre 1898	3 août 1899.	7 décembre 1899.					⊙	5 août 1899.	Vient encore.	Bien portant.
2178	1er juillet 1899.	3 août 1899.	—	Diarrhée en août.	⊙						Bien portant.
2175	septembre 1898.	3 août 1899.	31 août 1899.		⊙				3 août 1899.	9 septembre 1899	Bien portant à sa dernière visite.
2173	12 décembre 1898.	3 août 1899.	9 novembre 1899					⊙	3 août 1899.	10 septembre 1899	Bien portant
2121	7 juin 1899.	12 juillet 1899.	7 décembre 1899.					⊙	10 août 1899.	Vient encore.	Bien portant.
2187	10 juillet 1899.	10 août 1899.	21 octobre 1899.	Diarrhée en aout. Coqueluche.			⊙		10 août 1899.	18 septembre 1899 Allaitement mixte	Bien portant.
2185	mai 1899.	10 août 1899.	30 novembre 1899					⊙	10 août 1899.	Vient encore.	Bien portant.
2188	juin 1899.	10 août 1899.	30 novembre 1899					⊙	10 août 1899.	Vient encore.	Bien portant.
2170	mai 1899.	3 août 1899.	7 novembre 1899					⊙	10 août 1899.	Vient encore.	Bien portant.
2179	16 août 1898.	10 août 1899.	29 septembre 1899				⊙		10 août 1899.	24 septembre 1899	Bien portant.
2180	28 février 1899.	10 août 1899.	21 septembre 1899			⊙			10 août 1899.	31 septembre 1899	Bien portant.
2184	2 juin 1899.	10 aout 1899.	17 aout 1899.	Accidents gastro-intestinaux. N'est pas très bien alimenté en septembre.	⊙				10 aout 1899.	8 septembre 1899	Bien portant.
2192	mars 1899.	17 août 1899.	30 novembre 1899					⊙	17 août 1899.	Vient encore.	Bien portant.
2177	mai 1899.	17 août 1899.	12 décembre 1899.					⊙	17 août 1899.	Vient encore.	Bien portant.
2198	26 février 1899.	17 août 1899. 4760 (1)	7 décembre 1899. 6980					⊙	24 août 1899.	Vient encore.	Bien portant.
2197	17 octobre 1898.	17 août 1899. 7080	14 décembre 1899. 9360					⊙	24 août 1899.	Vient encore.	Bien portant.
2200	20 aout 1899.	24 aout 1899. 2800	26 octobre 1899. 3790				⊙		24 août 1899.	Vient encore.	Bien portant.
2195	aout 1898.	24 aout 1899.	17 octobre 1899.					⊙	24 août 1899.	30 novembre 1899	Bien portant.
2199	février 1899.	17 aout 1899.	5 octobre 1899.		⊙				24 août 1899.	Venu rarement.	Bien portant.
2202	4 mars 1899.	24 août 1899. 7050	9 novembre 1899. 8495					⊙	24 août 1899.	Vient encore.	Bien portant.
2209	3 juillet 1899.	31 août 1899. 4120			⊙				3 août 1899.	Venu très rarem.	?
2210	mars 1899.	31 août 1899.			⊙			⊙	31 aout 1899.	Venu très rarem.	?
2214	4 février 1899.	1er septembre 1899 5190	7 décembre 1899. 7180					⊙	31 aout 1899.	Vient encore.	Bien portant.
2208	novembre 1899.	31 aout 1899. 3550	9 novembre 1899 4610	Né avant terme.					31 août 1899.	Vient encore.	Bien portant.
2211	juin 1899.	31 août 1899. 4150			⊙				31 août 1899.	21 septembre 1899	Bien portant.
2204	août 1898.	31 aout 1899. 8320	7 septembre 1899 8630		⊙				31 août 1899.	Venu q.q. jours seulement.	?
2212	juillet 1899.	31 août 1899. 2820	12 octobre 1899. 3430	Ne à 8 mois.			⊙		31 août 1899.	17 octobre 1899.	Bien portant.
2213	mai 1899.	31 aout 1899.	26 septembre 1899			⊙			31 août 1899.	septembre 1899.	Bien portant.
2269	23 juin 1899.	28 septembre 1899 4550	30 novembre 1899 8270	Jumeaux à terme.				⊙	28 septembre 1899	Vient encore.	Bien portant.
2270	Jumeaux.								28 septembre 1899	Vient encore.	Bien portant.
2228	3 janvier 1899.	7 septembre 1899 6400	26 octobre 1899. 7200					⊙	7 septembre 1899	Vient encore.	Bien portant.
2226	18 mai 1899.	7 septembre 1899 5200	23 novembre 1899 6820					⊙	7 septembre 1899	Vient encore.	Bien portant.
2141	26 mai 1899.	20 juillet 1899. 4210	30 novembre 1899 6100	Diarrhée au mois d'août.				⊙	7 septembre 1899	Vient encore.	Bien portant.
2027	4 [illegible] 1899.	8 juin 1899.	10 août.	Diarrhée au mois de juin.				⊙	8 juin 1899.	15 août 1899.	Bien portant le 10 août.
[illegible]	7 avril 1899.	8 juin 1899.	16 [illegible] 1899					⊙	8 juin 1899.	Vient encore. Allaitement mixte	Bien portant.
2041	26 avril 1899.	8 juin 1899.	9 juillet 1899.			⊙			8 juin 1899.	1er juillet 1899.	Bien portant le 9 juillet.
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]				⊙	[illegible]	[illegible]	[illegible]
2053	5 novembre 1898.	9 juin 1899.					⊙		30 avril 1899.	1er octobre 1899.	Bien portant.
2036	26 mai 1899.	8 juin 1899.	6 juillet 1899.		⊙				9 juin 1899.	15 septembre 1899 Allaitement mixte	Bien portant.
2062	23 décembre 1898.	15 juin 1899.	22 juin 1899.		⊙				15 juin 1899.	31 juin 1899. Allaitement mixte	*Mort le 20 juillet de méningite.*
2063	24 mai 1899.	15 juin 1899.	—		⊙				15 juin 1899.	22 juin 1899.	Parti en nourrice.
2058	6 mai 1899.	15 juin 1899.	—		⊙				15 juin 1899.	31 juin 1899. Allaitement mixte	*Mort de méningite.*
2059	10 décembre 1898.	15 juin 1899.			⊙				15 juin 1899.	31 juin 1899. Allaitement mixte	Bien portant à sa dernière visite.
2068	25 mai 1899.	15 juin 1899.	2 juillet 1899.		⊙				15 juin 1899.	2 juillet 1899.	*Mort de faiblesse congénit.* (2 juillet).
2069	Jumeaux.				⊙				15 juin 1899.	2 juillet 1899.	*Mort de faiblesse congénitale* (poids 1.300 grammes).
2055	6 février 1899	24 juin 1899.	16 novembre 1899					⊙	15 juin 1899.	Vient encore.	Bien portant.
2073	23 mars 1899.	22 juin 1899.	20 juillet 1899.		⊙				15 juin 1899.	26 juillet 1899.	Bien portant le 20 juillet.
2080	13 septembre 1898	15 juin 1899.	26 octobre 1899.	Varicelle en septembre.				⊙	22 juin 1899.	Vient encore.	Bien portant.
2032	3 mai 1899.	8 juin 1899.	3 août 1899.				⊙		22 juin 1899.	3 août 1899.	*Mort le 9 août d'athrepsie.*
2039	15 janvier 1899.	8 juin 1899.	7 septembre 1899					⊙	22 juin 1899.	24 septembre 1899	Bien portant.
2076	28 juillet 1898.	22 juin 1899.	9 novembre 1899	Diarrhée en été.				⊙	22 juin 1899.	Vient encore.	Bien portant.
2075	juin 1898.	15 juin 1899.	20 juillet 1899.	Athrepsique.		⊙			22 juin 1899.	30 juillet 1899.	**Mort d'infection gastro-intestinale chronique** le 30 août.
2081	2 juin 1899.	22 juin 1899.	7 décembre 1899	Un peu de diarrhée en juillet.				⊙	22 juin 1899.	Vient encore.	Bien portant.
2097	18 février 1899.	29 juin 1899.	—		⊙				29 juin 1899.		Bien portant à sa dernière visite.
2095	27 octobre 1898.	29 juin 1899.	—		⊙				29 juin 1899.		Bien portant à sa dernière visite.
2005	11 avril 1899.	1er juin 1899.	30 novembre 1899	Un peu de bronchite en été.				⊙	1er juin 1899.	Vient encore.	Bien portant.
2006	Jumeaux.			Un peu de bronchite en été.				⊙	1er juin 1899.	Vient encore.	Bien portant.
2087	23 novembre 1898	22 juin 1899.	27 août 1899.					⊙	22 juin 1899.	19 septembre 1899	Bien portant.
2091	7 juin 1899.	22 juin 1899.	6 juillet 1899.		⊙				29 juin 1899.	20 juillet 1899.	Bien portant le 6 juillet.
2096	24 décembre 1898	29 juin 1899.	—		⊙				29 juin 1899.	1er septembre 1899	Parti à la campagne.
2113	14 avril 1889.	6 juillet 1899.	21 septembre 1899	Diarrhée en aout.					6 juillet 1899.	29 septembre 1899	Bien portant, part à la campagne.
2109	19 avril 1899.	6 juillet 1899.	—	Diarrhée en août.					6 juillet 1899.		?
2105	21 mars 1899.	6 juillet 1899.	—	Diarrhée en août.	⊙				6 juillet 1899.	18 août 1899.	Enfant ayant 18 mois.
2124	décembre 1898.	13 juillet 1899.	31 août 1899.	Diarrhée en août.		⊙			13 juillet 1899.	Venu 3 fois.	Bien portant.
2118	septembre 1898.	13 juillet 1899.	—	Diarrhée en août.				⊙	13 juillet 1899.		Bien portant.
2111	8 avril 1899.	6 juillet 1899.	12 juillet 1899.	Diarrhée en août.	⊙				13 juillet 1899.		?
2126	20 juin 1899.	13 juillet 1898.	14 décembre 1899	Diarrhée en août.				⊙	13 juillet 1899.	Vient encore.	Bien portant.
2127	Jumeaux.			Diarrhée en aout.				⊙	13 juillet 1899	Vient encore.	Bien portant.
2122	29 mars 1899.	12 juillet 1899.	27 juillet 1899.	Diarrhée en août.	⊙				13 juillet 1899.	31 juillet 1899. Allaitement mixte	Bien portant à sa dernière visite.
2092	12 décembre 1898	29 juin 1899.	20 juillet 1899.	Diarrhée en août.	⊙				20 juillet 1899.	Venu qq. jours. Allaitement mixte	?
2139	aout 1898.	20 juillet 1899.	—	Diarrhée en juillet.	⊙				20 juillet 1899.	Venu qq. jours.	Bien portant à sa dernière visite.
2131	mars 1898.	20 juillet 1899.	—	Diarrhée en juillet.	⊙				20 juillet 1899.	Venu qq. jours.	Bien portant à sa dernière visite.
2137	21 juin 1899.	20 juillet 1899.	14 décembre 1899	Diarrhée en juillet.				⊙	20 juillet 1899.	Vient encore.	Bien portant.
2144	21 octobre 1898.	20 juillet 1899.	23 novembre 1899	Diarrhée en juillet.				⊙	20 juillet 1899.	Vient encore.	Bien portant.
2145	Jumeaux.			Diarrhée en juillet.				⊙	20 juillet 1899.	Vient encore.	Bien portant.
2138	4 juin.	27 juillet 1899.	—	Diarrhée en juillet.	⊙				20 juillet 1899.	Venu rarement.	Bien portant à sa dernière visite.
2151	juin 1898.	27 juillet 1899.	—	Diarrhée en juillet.	⊙				27 juillet 1899.		?
1756	31 décembre 1898.	11 janvier 1899.	21 septembre 1899	Coqueluche en août.				⊙	27 juillet 1899.	28 septembre 1899	Bien portant.
1969	14 février 1899.	18 mai 1899.			⊙				5 mai 1899.	29 juin 1899.	N'est venu qu'une fois à la consultation. Parti à la campagne tout l'été.
1965	2 ans 1/2.	16 mai 1899.	—		⊙				18 août 1899.	30 août 1899.	Bien portant.
1898	25 décembre 1898	20 avril 1899.	9 décembre 1899.	Troubles gastro-intestinaux le 15 août.				⊙	20 avril 1899.	2 décembre 1899.	*Morts de bronc.-pneum.* (10 et 12 déc.)
1899	Jumeaux.			Troubles gastro-intestinaux le 15 juin.				⊙	20 avril 1899.	2 décembre 1899.	
1984	21 aout 1898.	18 mai 1899.	—		⊙				18 mai 1899.	27 mai 1899.	N'est venu qu'une fois. Bien portant.
1974	18 janvier 1899.	18 mai 1899.	2 septembre 1899			⊙			18 mai 1899.	30 juin 1899.	?
1498	9 août 1898.	1er septembre 1898	1er juin 1899.		⊙				1er juin 1899.	Venu peu de temps	?
2014	7 mars 1899.	1er juin 1899.	16 juin 1899.		⊙				1er juin 1899.	16 juin 1899.	Bien portant.
2010	4 janvier 1899.	1er juin 1889.	—		⊙				1er juin 1899.	30 juin 1899.	?
1643	17 octobre 1898.	3 novembre 1898	5 décembre 1899.	(Enfant au sein. N'a pris du lait que très rarement).	⊙				6 juin 1899.	15 juin 1899.	Bien portant.
2038	15 février 1899.	8 juin 1899.	10 août 1899.					⊙	8 juin 1899.	31 août 1899.	Bien portant à sa dernière visite.
2008	15 février 1899.	1er juin 1899.	12 décembre 1899.	Un peu de diarrhée vers le 3 août.				⊙	9 juin 1899.	Vient encore.	Bien portant.
1915	4 février 1899.	20 avril 1899.	23 octobre 1899.	Diarrhée en juillet.				⊙	20 avril 1899.	Vient encore.	Bien portant.

Numéro du livret.	Date de la naissance.	Première visite.	Dernière visite.	Incidents au cours des mois d'été.	Venus moins de 1 mois	de 1 à 2 mois.	de 2 à 3 mois.	plus de 3 mois.	MODE D'ALLAITEMENT. A reçu du lait stérilisé à partir du	jusqu'au	Etat le 30 septembre 1899.
1732	18 octobre 1898.	29 décembre 1898	6 juillet 1899.	Troubles gastro-intestinaux chroniques				⊙	30 décembre 1898.	18 juillet 1899.	**Mort le 18 juillet 1899 gastro-entér.**
1736	24 septembre 1898	5 janvier 1899.	6 avril 1899.					⊙	5 janvier 1899.	20 mai 1899.	*Mort le 20 mai 1899 broncho-pneum.*
1688	1er décembre 1898	1er décembre 1899	6 juin 1899.					⊙	2 mars 1899.	6 juin 1899. All^t m^{te}.	*Mort le 15 juin de diphtérie.*
1865	16 mars 1899.	23 mars 1899.	29 juin 1899.					⊙	23 mars 1899.	29 juin 1899.	**Mort le 20 juillet 1899 gastro-entér.**
1872	30 septembre 1898	30 mars 1899.	18 mai 1899.			⊙			30 mars 1899.	18 mai 1899.	(Envoyé à Trousseau). *Mort le 30 mai 1899 de la rougeole.*
1890	3 janvier 1899.	6 avril 1899.	8 avril 1899.		⊙						*Mort le 11 mai 1899 de tuberculose.*
1663	22 août 1898.	11 novembre 1898.	4 novembre 1899					⊙	11 novembre 1898	30 novembre 1899	Bien portant.
1656	6 octobre 1898.	10 novembre 1898.	16 novembre 1899.					⊙	16 mars 1899.	30 mai 1899.	Bien portant.
1854	30 septembre 1898	16 mars 1898.	21 septembre 1899					⊙	16 mars 1899.	14 octobre 1899.	Bien portant.
1826	9 septembre 1898	27 février 1899.	7 septembre 1899					⊙	27 mars 1899.	30 septembre 1899	Bien portant.
1871	1er janvier 1899.	30 mars 1899.	22 juin 1899.					⊙	10 mars 1899.	30 juillet 1899.	Bien portant.
1476	5 juillet 1898.	13 août 1898.	15 juin 1899.					⊙	6 avril 1899.	30 juin 1899.	Bien portant.
1888	29 novembre 1898.	6 avril 1899.	12 octobre 1899.					⊙	6 avril 1899.	30 novembre 1899	Bien portant.
1887	13 octobre 1898.	6 avril 1899.	2 novembre 1899					⊙	6 avril 1899.	Vient encore.	Bien portant.
1775								⊙	9 avril 1899.	Vient encore.	Bien portant.
1874	12 février 1899.	30 mars 1899.	30 novembre 1899					⊙	9 avril 1899.	Vient encore.	Bien portant.
1408	20 juin 1898.	2 juillet 1898.	14 septembre 1899	Diarrhée 8 jours en juillet, 8 jours en septembre.		⊙			2 juillet 1898.	30 août 1899.	Bien portant.
1912	12 octobre 1898.	13 avril 1899.	19 octobre 1899.					⊙	20 avril 1899.	Vient encore. All^t m^{te}.	Bien portant.
1926	12 mars 1899	27 avril 1899.	31 août 1899.	Diarrhée du 29 juin au 6 juillet.				⊙	27 avril 1899.	— —	Bien portant.
1886	15 février 1899.	6 avril 1899.	13 avril 1899.					⊙	6 avril 1899.	30 juin 1899. Allaitement mixte	Bien portant.
1914	27 juin 1898.	13 avril 1899.	18 mai 1899.		⊙				13 août 1899.	18 août 1899.	Est venu très rarement.
1190	26 décembre 1898.	8 avril 1899.			⊙				14 avril 1899.	Venu peu de temps	
1895	13 décembre 1898.	20 avril 1899.			⊙				20 avril 1899.	Venu peu de temps	
1731	11 décembre 1898.	29 décembre 1898.	17 août 1899.	A eu du lait par bons d'une façon irrégulière. Troubles gastro-intestinaux pendant tout le courant de l'été.				⊙	27 août 1899.	Venu peu de temps	**Mort le 27 août 1899 gastro-entérite**
1932	6 juin 1898.	5 avril 1899.			⊙				4 mai 1899.	Venu peu de temps	
1948	22 septembre 1898	4 mai 1899.			⊙				4 mai 1899.	Venu peu de temps	
1943	3 mai 1899.	4 mai 1899.			⊙				4 mai 1899.	Venu peu de temps	
2235	2 décembre 1898.	14 septembre 1899 6360	14 décembre 1299. 6640				⊙		14 septembre 1899	21 novembre 1899 Sevré.	Bien portant.
2234	27 juin 1899.	14 septembre 1899 3800	30 novembre 1899 5550					⊙	14 septembre 1899	Vient encore.	Bien portant.
2249	10 août 1899.	21 septembre 1899			⊙				14 septembre 1899	21 septembre 1899	Mis en nourrice.
2242	juillet 1898.	19 septembre 1899	26 septembre 1899				⊙		21 septembre 1899	19 nov. 1899. Sevré	Bien portant.
2254	12 juin 1899.	21 septembre 1899			⊙				21 septembre 1899	Venu 5 fois. (?)	Bien portant.
2247	30 octobre 18[illegible]8.	21 septembre 1899			⊙				21 septembre 1899	27 septembre 1899	Habite trop loin.
2223	10 mars 1899.	7 septembre 1899 4900	14 décembre 1899. 6800					⊙	21 septembre 1899	Vient encore.	Bien portant.
2239	19 décembre 1898.	21 septembre 1899 6300	14 décembre 1899. 7100		⊙			⊙	21 septembre 1899	Vient encore.	Bien portant.
1725	11 septembre 1898	22 décembre 1898 4420	7 décembre 1899. 6320	L'enfant présente des signes de tuberculose (bronchites à répétition, développement anormal de la boîte cranienne). Au sein jusqu'en septembre.					21 septembre 1899	4 octobre 1899.	
2250	6 novembre 1899	21 septembre 1899			⊙				21 septembre 1899	Venu 3 fois.	Bien portant.
2268	23 août 1899.	28 septembre 1899 3750	14 décembre 1899. 5320					⊙	28 septembre 1899	Vient encore.	Bien portant.
2271	4 mai 1899.	28 septembre 1899 4550	19 octobre 1899. 4720		⊙				28 septembre 1899	Venu deux fois.	Bien portant.
2173	janvier 1899.	3 aout 1899. 7270	9 novembre 1899. 8820			⊙			28 septembre 1899	31 oct. 1899. Sevré	Bien portant.

RÉSUMÉ.

Enfants suivis moins d'un mois, **64** ; **décès**, **10** ; maladies autres que celles du tube digestif, 7 ; affections gastro-intestinales, 2.
Enfants suivis plus d'un mois, **113** ; **décès**, **11** ; maladies autres que celles du tube digestif, 6 ; affections gastro-intestinales, 5 (dans 1 cas le nouveau-né n'a reçu que 2 fois du lait stérilisé, dans 1 cas le nouveau-né n'a reçu que pendant 1 mois 1/2 du lait stérilisé.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'enseignement de la Médecine légale dans les Facultés de Médecine de France.

Chaque année, dans le *Numéro des Étudiants*, nous avons la coutume de consacrer le premier article à l'enseignement de l'une des sciences médicales. Nous avions eu l'intention, au mois de novembre dernier, d'exposer à nos lecteurs l'état actuel de l'*Enseignement de la médecine légale*. Dans ce but, nous avions tenu à nous renseigner avec autant d'exactitude que possible. Les derniers documents dont nous avions besoin nous étant parvenus trop tard, nous n'avons pu, alors, remplir notre but. Depuis cette époque, différentes circonstances ont retardé la publication des documents que nous avons rassemblés et dont nous commençons aujourd'hui la publication.

§ I. Faculté de médecine de Paris.

I. *L'état présent.*

L'enseignement médico-légal à la Faculté de Paris est organisé de la façon suivante à l'heure actuelle.

A. Un *cours théorique* est professé chaque année à l'Ecole : le semestre d'été est tenu par le Pr Brouardel, le semestre d'hiver par l'agrégé spécialisé, actuellement le Dr Thoinot. Il y a quelques années, avant la création des agrégés spécialisés, M. le Pr Brouardel assurait seul l'enseignement théorique, et professait pendant le semestre d'été. A côté de l'enseignement théorique qui comprend les trois leçons habituelles par semaine à l'Amphithéâtre, existe un *enseignement pratique* fonctionnant toute l'année et organisé de la façon suivante :

Les élèves candidats au quatrième examen de doctorat peuvent, trois fois la semaine, assister aux *autopsies médico-légales* à la Morgue : une leçon est faite sur un cadavre, objet d'une *expertise médico-légale*. M. le Pr Brouardel fait la leçon du mercredi, M. le Dr Descouts celle du vendredi, et M le Dr Vibert celle du lundi.

En outre il est organisé au *laboratoire de toxicologie* (Préfecture de police, quai du Marché-Neuf) un *enseignement pratique* portant sur la *chimie médico-légale*, enseignement donné par le Dr Ogier, et un enseignement portant sur les *recherches micrographiques spéciales* (sperme, taches de sang, etc.), enseignement donné par le Dr Vibert. Sont admis à ces conférences les candidats au quatrième de doctorat. Les docteurs en médecine, désirant compléter leur instruction médico-légale, sont admis comme les étudiants candidats au quatrième de doctorat à l'enseignement de la Morgue et du Laboratoire de toxicologie.

On peut estimer que l'enseignement que nous venons d'analyser rapidement est suffisant pour les étudiants ; il constitue, en tout cas, un immense progrès sur ce qui existait avant l'entrée en fonction du titulaire actuel de la chaire de Médecine légale, M. le Pr Brouardel. Mais le moment approche où cet enseignement va être modifié profondément, élargi et élevé, et c'est cet *état futur* dont nous allons donner le schéma.

II. *L'état futur.*

M. le député Cruppi, ancien avocat général à la Cour de Cassation, a introduit devant le Parlement un projet de loi sur la *réforme des expertises médico-légales*, projet qui a été voté en première lecture et dont l'adoption finale avec plus ou moins de modifications et d'améliorations ne saurait faire de doute. Ce n'est pas ici le lieu d'analyser ce projet (1), ce que nous voulons en retenir seulement c'est que le nombre des médecins appelés à pratiquer l'expertise médico-légale va se trouver au moins doublé, et que des garanties sérieuses d'instruction spéciale seront exigées des futurs experts. Le corollaire de cette réforme sera la réforme de l'enseignement médico-légal en France. Ce n'est plus seulement des médecins ayant des notions générales de Médecine légale qu'il faudra former, mais des médecins possédant l'art complexe de la médecine légale, et toutes les connaissances théoriques et techniques qui s'y rapportent.

Savoir faire une autopsie, savoir pratiquer toute recherche spéciale, savoir rédiger un rapport, établir des conclusions et les défendre, savoir même déposer, connaître tous les sujets spéciaux de la médecine légale, et connaître l'aliénation mentale : voilà ce qu'on sera en droit d'exiger des futurs experts, et voilà les capacités dont ils devront faire la preuve avant d'être admis à figurer sur les listes dressées dans le ressort de chaque Cour ou Tribunal.

Il va donc falloir transformer notre enseignement, la Morgue actuelle serait trop insuffisante : il va falloir un *Institut médico-légal*. La création de cet Institut a failli se réaliser il y a quelques années : elle a échoué ; il va falloir y revenir de toute nécessité.

Dans cet Institut médico-légal le docteur en médecine, aspirant à exercer les fonctions d'expert viendra chaque jour, chaque après-midi apprendre son métier théorique et pratique : en un an d'étude il aura pu voir pratiquer devant lui — en y prenant le plus souvent lui-même une part active — plus de trois cents autopsies ; il aura pu assister à nombre d'expertises spéciales, voir faire et faire lui-même des examens micrographiques : bref il aura pu faire l'entier apprentissage pratique de son métier, tout en recevant en outre chaque jour une instruction théorique sous forme de leçons.

A côté de cet Institut l'*Infirmerie spéciale de la Préfecture de police*, l'*Asile clinique* (Saint-Anne), lui fourniront chaque matin l'occasion d'étudier l'aliéné médico-légal.

Telles sont les bases de cet enseignement professionnel de demain, tel que le conçoit M. le Pr Brouardel, enseignement *supérieur* et *spécial*, qui ne supprimera pas d'ailleurs l'enseignement *élémentaire* et *général* de l'Ecole, destiné aux étudiants.

§ II. — Faculté de médecine de Montpellier.

L'enseignement de la Médecine légale est semestriel. Le programme de l'année 1898-99 comprenait les asphyxies non toxiques. Cette année, M. le Pr Sarda traitera des attentats aux mœurs, de la grossesse, de l'avortement, de l'infanticide.

En dehors du cours, il fait, avec l'aide de son préparateur, qui est docteur en médecine et pharmacien, des *démonstrations* et *exercices pratiques* où sont admis les étudiants inscrits à l'avance et pris par séries. Ces démonstrations portent sur les points de pratique les plus communs ; recherche de sang, de sperme, examen des gonocoques, taches organiques (cristaux d'hémine, spectroscope, etc.). Lorsque l'occasion se présente, M. Sarda montre aux élèves des pièces provenant d'autopsies judiciaires, si les nécessités du secret ne s'y opposent pas. Tous les ans, il leur fait voir les lésions de la suffocation, de la pendaison, de la strangulation, soit sur les cadavres de suicidés, soit à leur défaut, sur des cadavres d'animaux. De la sorte, les élèves voient ce qu'ils auront le plus souvent l'occasion de

(1) Voir dans le *Progrès Médical* du 1er juillet 1899, le rapport de M. le Dr A. Motet.

discuter et d'observer dans leurs expertises. Il va sans dire que les lésions qui font l'objet du cours de l'année leur sont montrées à l'issue de chaque cours.

Tel qu'il est, cet enseignement est imparfait puisqu'il n'est pas complété tous les ans, aussi M. le Pr Sarda a-t-il demandé, avec juste raison, qu'un agrégé lui fût adjoint pour des conférences pendant un semestre.

Les *autopsies judiciaires* sont pratiquées à huis clos. M. Sarda considère comme un pénible devoir de ne pas y admettre les étudiants, qui n'assistent qu'aux autopsies pour lesquelles il n'y a pas d'*instruction*. Le *laboratoire* est bien outillé.

Le *musée* est peu important, vu la pénurie d'affaires criminelles dans le ressort. Il renferme cependant des pièces intéressantes. Mais il est réduit à une simple armoire comme local. M. Sarda a demandé (il sera prochainement fait droit à cette demande) une pièce spéciale pour y constituer un véritable musée où il réunira les pièces provenant de la collection de M. Jaumes, son prédécesseur, celles qu'il a pu recueillir, celles, en assez grand nombre, que possède le beau laboratoire d'anatomie de la Faculté, enfin une collection de photographies, qui ne manquera pas d'intérêt si, comme l'espère M. Sarda, il obtient la construction d'un petit atelier, construction qui nécessitera très peu de frais. Il est déjà très bien outillé pour les travaux de ce genre.

La *Morgue*, qui manquait de jour et de confort, est, en ce moment, soumise à une réparation sérieuse. Ce sera un local petit, mais très propre et bien aménagé sous tous les rapports, grâce à l'habile direction de M. l'architecte Devic.

Enfin, le *cabinet* du professeur, le *laboratoire* et l'*amphithéâtre* des cours sont réunis dans un même groupe et placés côte à côte. Le *musée* sera très voisin du laboratoire.

On voit, d'après cela, que la Faculté de Montpellier possède quelques bons éléments. Pour arriver à rendre l'enseignement de la Médecine légale plus fructueux, persuadé que c'est par les yeux qu'il se donne surtout, M. Sarda est décidé à le développer le plus possible dans le sens pratique. C'est la raison pour laquelle il réclamait récemment: *a*) Un aide préparateur ; *b*) l'*obligation pour les élèves d'assister* au moins pendant un trimestre aux exercices pratiques; *c*) un léger supplément de crédit pour ces travaux. M. le Pr Sarda estime, en effet, que le but visé doit être, non de faire de nos futurs médecins des experts *in omni re scibili*, mais des praticiens capables de faire les premières constatations et les autopsies, de reconnaître une tache de sang ou de sperme ou de pus, etc.; les recherches de laboratoire devront être réservées à des compétences spéciales. Nos futurs médecins ne pourront pas, quoi qu'on fasse, être spéciaux en tout.

Enfin, ajoutons que le professeur de Médecine légale est, pour l'arrondissement, chargé, non des premières constatations, ce qui serait pour lui une corvée pénible, mais de toutes les expertises criminelles comportant une certaine difficulté, de toutes les autopsies judiciaires, etc. Il demande, selon les cas, l'aide de chimistes pour les affaires difficiles d'empoisonnement, de médecins aliénistes, etc. Il est, le plus souvent, l'unique expert ou l'un des experts dans les affaires civiles.

Nous poursuivrons cet exposé dans notre prochain numéro, et nous invitons nos lecteurs à nous faire part de leurs réflexions. B.

A propos d'hygiène de l'enfance. Les dépôts de lait stérilisé à Paris

Rien n'est plus dangereux qu'un maladroit ami,
Mieux vaudrait un sage ennemi.

Cette maxime du fabuliste pourrait s'appliquer aux dépôts de lait stérilisé qui, avec les intentions les plus louables, fonctionnent dans certains quartiers de Paris.

On y délivre du lait aux mères qui y portent régulièrement leurs nourrissons, on y pèse une fois par semaine leur enfant et, si ce dernier est au sein, on leur accorde un secours. Tout ceci serait parfait, si l'on n'obligeait des mères à transporter en plein hiver, avant 9 heures du matin, des enfants de moins de six mois, à trois ou quatre kilomètres de leur domicile. Si ces enfants, sauvés de la diarrhée par le lait qu'on leur délivre généreusement, ne contractaient en chemin, rhumes et bronchites, beaucoup plus redoutables à cette saison de l'année.

Nous avons eu récemment l'occasion de soigner au Bureau de bienfaisance, dans le quartier du Jardin des Plantes, des nourrissons malades à la suite du voyage obligatoire qu'on leur impose toutes les semaines au dispensaire de la rue Saint-Benoit. Chose étrange, un de ces enfants, nourri au lait stérilisé, était atteint de diarrhée verte; et une courte enquête nous permit de juger de la façon dont on employait le lait stérilisé du dispensaire. La mère rapportait les flacons soigneusement bouchés, les faisait chauffer au bain-marie et les donnait à téter, suivant scrupuleusement les conseils qu'on lui avait donnés, mais comme l'enfant grippé ne vidait pas entièrement les flacons, elle recueillait, en ménagère économe, le restant de chaque tétée, dans un biberon de propreté douteuse, et s'en servait pour des tétées nocturnes supplémentaires. Ceci prouve qu'il ne suffit pas toujours de vouloir bien faire, mais qu'il faut aussi savoir bien faire, et que la science, pour être utile, doit se doubler, dans la pratique, d'une assez forte dose de bon sens. On éviterait ainsi, en pleine épidémie de grippe, au cœur de l'hiver, des voyages matinaux à des enfants de moins de trois mois. En leur donnant malgré cela du lait stérilisé avec de sages et complètes instructions pour les mères, on les préserverait de la diarrhée sans les exposer aux bronchites. Il est vrai que le tracé de leurs poids offrirait quelques lacunes et que la statistique en pâtirait ! ! Mais puisqu'il s'agit ici surtout de protection de la première enfance, il nous paraîtrait assez logique d'accorder d'abord quelque attention à la santé et à la vie des nouveau-nés. J. Noir.

Le duel dans l'armée. — Le duel est toujours maintenu obligatoirement dans l'armée comme une véritable institution. Un incident tout récent en est une preuve nouvelle. Un médecin très connu, qui dirige à Triberg un établissement thermal, avait eu avec un de ses confrères une altercation. Provoqué par ce dernier, il avait refusé de se battre, alléguant ses principes religieux. Comme les deux médecins se trouvent être médecins-majors de la réserve, l'autorité militaire a évoqué l'incident, bien qu'il ait eu lieu en dehors du service. Et le docteur qui avait refusé de se battre a reçu un ordre du cabinet de l'empereur, ainsi conçu : « Vous êtes révoqué de votre grade de médecin-major de la réserve, parce que, malgré les invitations réitérées qui vous ont été faites, de demander, conformément à l'honneur, réparation d'une injure, vous vous êtes abstenu de provoquer votre adversaire. » (*Le Temps* du 3 février 1900.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 9 février 1900. — PRÉSIDENCE DE M. KAUFFMANN.

MM. CARNOT et FOURNIER ont pu, à l'aide d'une *toxine pneumococcique* déterminer des *myocardites et des myosites*, lésions musculaires constantes, chez le lapin. Le cœur, très dilaté, très flasque, contenant des caillots présentait au microscope de l'écartement et de la raréfaction des cylindres. L'état vasculaire, de dissociation segmentaire au niveau des traits scalariformes, la fragmentation, la dégénérescence vitreuse. Le tissu interstitiel présente parfois de la dégénérescence hyaline et mucoïde. Ces lésions se rapprochent de ce que l'on rencontre dans le cœur humain au cours de la pneumonie. Les muscles du tronc et des membres présentent souvent de grosses lésions de myosite; parfois il n'y a que la friabilité; les muscles étaient translucides avec un piqueté hémorragique. Les gros intestins et les vaisseaux présentaient de la friabilité, d'où fréquence des hémorragies.

MM. BAUP et STANCULÉANU, ont étudié un cas de *septicémie auriculaire à coli-bacille associé au perfringens*. Il se produisit une thrombophlébite du sinus latéral avec hypothermie, de la diarrhée et de l'asthénie. Dans le pus recueilli dans la mastoïde et dans le sinus; dans le sang des organes on trouva à l'autopsie deux espèces microbiennes : le bactérium coli et une espèce anaréobie, le bacillus perfringens de Veillon et Zuber. Ces microbes injectés séparément furent sans résultats; associés, ils reproduisirent une septicémie rapidement mortelle.

M. GELLÉ étudie les *mouvements de l'air intra-buccal pendant l'émission des voyelles*. Pendant l'émission des voyelles, il se produit dans l'air intra-buccal des mouvements en sens contraires, en tourbillon qui semblent suffire à expliquer la formation des sous-voyelles et à diminuer l'importance de la théorie de la résonnance au bénéfice de la théorie aérodynamique.

M. A. MAYER a étudié la *tension osmotique du sérum sanguin* dans l'alimentation sèche, avec privation de liquide, au moyen de la cryoscopie Avec la privation du liquide, la tension osmotique augmente; la soif serait liée à cet état hypertonique du milieu intérieur.

MM. LECLAINCHE et VALLÉE ont fait des *recherches expérimentales sur le charbon*. La toxine est indispensable pour la manifestation de la virulence du charbon symptomatique. Des millions de spores, débarrassées de toxine ne donneront aucun accident. Cependant ces mêmes spores ensemencées donnent un produit très virulent. A ces spores dépouillées de toxine, il suffit d'ajouter une petite quantité de toxine, ou une trace d'acide lactique, ou une association microbienne (staphylocoques ou streptocoques) pour assurer de nouveau leur virulence. L'altération et la disparition des toxines dans les vieilles cultures expliquent leur atténuation virulente.

M. P. BONNIER réfute la théorie de Cyon sur l'espace idéal à propos de la fonction des *canaux semi-circulaires*.

M. LABORDE rappelle son travail avec M. M. Duval sur ce sujet et engage à se maintenir dans les données de l'expérimentation sans discussions métaphysiques.

M. CHAPELLE publie ses recherches sur le dosage du sucre réducteur du sang.

M. RABIAUX (de Lyon) donne ses conclusions sur la septicémie hémorragique du canard et de la poule. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 13 février 1900. — PRÉSIDENCE DE M. LE Pr PANAS.

Radiographie en chirurgie.

M. MAREY présente de la part de M. CONTREMOULINS, une série de radiographies d'une même fracture de jambe. Sur l'une d'elles, faite perpendiculairement à l'axe de la jambe, le déplacement n'est pas visible; sur les autres, la fracture devient de plus en plus nette.

MM. CHAMPIONNIÈRE, BERGER, RICHER dans une discussion fort intéressante montrent l'importance des précautions techniques pour obtenir des radiographies absolument exactes et non susceptibles de diverses interprétations.

Le vaccin aux colonies.

M. HERVIEUX étudie l'alternation du vaccin sous l'influence de la chaleur humide. Ce fait est important dans les contrées chaudes. Le vaccin doit être conservé dans une glacière ou tout au moins dans un endroit frais.

Diagnostic précoce de la surdité progressive.

M. BONNIER signale la valeur de la paracousie (perception d'un diapason placé en un point éloigné du corps comme signe précoce de la surdité progressive.

La prophylaxie de la fièvre typhoïde.

M. THOINOT fait une communication très importante dont voici les conclusions. La contamination des sources de craie captées constitue un facteur important dans certaines épidémies de fièvre typhoïde. Avant l'amenée il faut étudier soigneusement la source, ses variations chimiques et biologiques, la qualité de ses affluents, et y renoncer quand elle parait trop compromise pour être sauvée. Après l'amenée, quand le danger, latent, jusque-là, vient à s'imposer, il faut, si la chose se peut, reporter les captages en amont des pertes dangereuses; sinon il faut y parer par une étude minutieuse de tous les points faibles, par l'assainissement de ces points, l'aveuglement des gouffres et bétoires dans la mesure du possible. Mais, pour entreprendre une œuvre de préservation radicale et fructueuse, il faut être plus armé que nous ne le sommes actuellement, et il faut réclamer du parlement la loi sanitaire qui permettra de protéger efficacement ces sources de la craie que compromettrait un jour davantage l'extension des lieux habités et les déplorables pratiques du jet à la rue, au ruisseau, de l'épandage rudimentaire encore trop enracinées dans la population.

Les embryons de froment comme moyen de suralimentation et de rephosphatisation dans la tuberculose.

M. BARRÉ montre que ces embryons sont deux fois plus riches en azote que la viande, douze fois plus riches en phosphate que le train nerveux. La préparation de biscuits renfermant moitié de leur poids d'embryons est assez forte. Ces biscuits semblent appelés à jouer un rôle important dans l'alimentation des tuberculeux.

Prophylaxie de l'intoxication phosphorée.

Comme chaque année M. COURTOIS-SUFFIT signale à l'Académie les progrès réalisés pour cette prophylaxie. Ses efforts pour l'assainissement des ateliers, l'emploi du sesquisulfure de phosphore ont été complétés par l'adaptation d'une machine à fabrication continue. Celle-ci semble devoir mettre les ouvriers à l'abri de toute intoxication.

Présentations diverses.

M. DOYEN. présente un nouvel antiseptique, le protéol très intéressant par son énergie, et une nouvelle substance la staphylose, principe actif de la levure de bière. Il signale de plus l'emploi de sa pince clamp en chirurgie vétérinaire pour la castration des chevaux. A.-F. PLICQUE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 février 1900. — PRÉSIDENCE DE M. TROISIER.

Appréciation des fonctions rénales.

M. VAQUEZ, tout en admettant l'importance de l'examen de l'élimination du bleu de méthylène et de la cryoscopie pour se rendre compte de la perméabilité du rein et de l'intégrité de ces fonctions, constate que ces méthodes ne donnent pas des

résultats absolus et qu'il serait prématuré de baser sur elles une classification des affections du rein.

Anurie durant sept jours.

M. Renon a observé un malade qui resta durant sept jours sans uriner, et qui présentait des signes de paralysie pseudo-bulbaire ; à l'autopsie il a constaté du ramollissement cérébral et protubérantiel des calculs uratiques des reins, de la cirrhose du foie, de la myocardite et de l'aortite.

Rupture de l'urèthre sans rétrécissement dans une blennorrhagie.

M. Danlos a constaté, chez un débardeur mort d'un abcès cérébral et atteint de sa troisième blennorrhagie, une rétention complète d'urine dus aux efforts faits, pour uriner, par le malade qui cependant n'avait pas de rotrécissement de l'urèthre.

Le suc gastrique de chien.

M. Hayem constate que le suc gastrique du chien obtenu par M. Frémont diffère du suc gastrique de l'animal normal. Il est hyperacide par le fait d'une augmention d'acide chlorhydrique. Les malades n'en seraient pas trop incommodés. M. Hayem l'a essayé et étant donné la difficulté de l'obtenir, les troubles de la sécrétion dus à la section des pneumo-gastriques, il conclut que les résultats obtenus ne sont pas en rapport avec les efforts que M. Frémont a fait pour le recueillir.

Après quelques observations de MM. Mathieu et Launois, M. Hayem affirme que surtout en gastropathie il est fort difficile de pouvoir affirmer que la médication a amélioré la maladie. J. N.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 février 1900. — Présidence de M. Richelot.

Les parappendicites.

M. Routier. — A propos de la communication de M. Loison sur les abcès du foie compliquant l'appendicite, plusieurs d'entre nous ont cité d'autres abcès à distance. Je n'en vois guère l'intérêt, car ce qui serait intéressant, c'est que dans l'appendicite, maladie infectieuse, il n'y en ait pas plus. Je puis citer des abcès de la rate, retro-utérins, etc. Sur cette question, une autre s'est greffée ; c'est celle des parappendicites soulevée par M. Quénu et c'est contre elle surtout que je veux prendre la parole. En reprenant toutes les observations qu'il cite dans son travail, on voit que toutes se rapportent à des lésions qui peuvent très bien avoir pour point de départ l'appendice. Dans les cas où elles passent inaperçues, il en reste un vestige dans ce fait inexplicable autrement, la prédominance des lésions dans la fosse iliaque droite alors qu'à gauche on trouve les mêmes éléments anatomiques dans l'appendice. Je veux simplement dire qu'on insiste trop sur les exceptions, les cas particuliers, et qu'on jette trop de discrédit sur l'appendicite que nous avons édifiée ici.

M. Quénu. — Les paroles de M. Routier ne m'ont nullement convaincu et je n'entrave en rien l'appendicite ; j'en distrais seulement les faits, et ils existent indeniablement où avec le syndrome clinique de l'appendicite, il n'y a aucune lésion anatomique. D'où le précepte opératoire qui nous sert de conclusion : dans le cas où, après avoir diagnostiqué l'appendicite, on ne trouve aucune lésion de l'organe à l'opération, ne pas se contenter de le réséquer, mais explorer la terminaison de l'iléon et le cæcum.

M. Bazy. — Je ne vois pas pourquoi on refuserait au cæcum ou à l'iléon, la possibilité de présenter des lésions de même nature que l'appendice ; ce dernier, en somme, n'est qu'un segment d'intestin et en a la structure. J'insiste donc sur la réalité des lésions anatomiques du cæcum indépendantes de l'appendice dont j'ai parlé dans la dernière séance.

M. Reynier. — J'apporte deux faits à l'appui de la communication de M. Quénu. Dans le premier cas, avec syndrome clinique d'appendicite, je trouvai des ganglions caséeux et l'appendice sain ; dans le deuxième, l'appendice également sain, mais un abcès sous-jacent dû à une urétérite.

M. Delbet. — J'approuve complètement M. Quénu d'avoir décrit, dans la fosse iliaque droite, des péritonites localisées, dues à des lésions d'organes autres que l'appendice, donnant lieu au syndrome clinique de l'appendicite. Ce syndrome n'est, en effet, que la réaction du péritoine de la fosse iliaque et appartiendra à toutes les lésions qui attaqueront le péritoine. Les plus fréquentes sont les lésions appendiculaires, les altérations intestinales étant des raretés, des exceptions. Après l'appendicite, la lésion que l'on rencontre le plus souvent est la salpingite ; or, appeler parappendicite une salpingite, c'est faire erreur de diagnostic. J'en conclus que les parappendicites sont des erreurs de diagnostic. Autre point. Ce mot nouveau, parappendicite, en admettant la nécessité de sa création, me paraît mal construit. Le préfixe *para*, employé pour la première fois, par Virchow, signifiait dans son esprit, les lésions du tissus cellulaire ; le mot *péri*, signifiant lésion du péritoine ; c'est ainsi qu'il distinguait les *paramétrites* des *périmétrites*, les *paranéphrites* des *périnéphrites*. De plus, M. Quénu employe ce mot parappendicite pour désigner une lésion périappendiculaire dont l'origine n'est pas dans l'organe lui-même ; or, Virchow appliquait le mot *para* dans le cas contraire ; une *paramétrite* était pour lui une inflammation du tissu cellulaire péri-utérin due à la métrite. Je me résume en disant : il y a certainement dans la fosse iliaque droite des lésions qui n'ont pas l'appendice pour origine ; parmi elles, il n'y en a pas de plus fréquentes que la salpingite. Il n'est pas utile d'englober des affections aussi différentes sous le nom de parappendicites ; toutes les fois qu'on agit ainsi, on commet une erreur de diagnostic.

M. Quénu. — Je concède à M. Delbet toute cette dernière partie de son argumentation. Je ne tiens pas au mot parappendicite, et je suis prêt à l'abandonner pour un autre. Je retiendrai surtout la première partie et répondrai que dans ma communication j'ai parfaitement distingué les parappendicites ayant une origine folliculaire, dans l'iléon ou le cæcum, des périappendicites et des erreurs de diagnostic (appendicites fantômes de l'hystérie, du saturnisme, etc.). Ce que j'ai voulu, c'est éviter l'erreur de diagnostic, le ventre ouvert, et montrer en cas d'appendice sain, l'utilité de faire la revue de la fosse iliaque.

Invagination intestinale.

M. Lyot rapporte l'observation d'un cas d'invagination intestinale chez une enfant de dix mois, opérée quatre heures après le début des accidents par résection de l'anse et suivie de guérison. Schwartz.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 10 février 1900. — Presidence de M. Richelot.

La séance est ouverte à 4 h. 10. Le procès-verbal de la dernière réunion est lu et adopté.

Correspondance imprimée. — Revues et journaux habituels : *Gazette médicale de Picardie*; *Revue générale de l'asepsie; la Normandie médicale.*

Correspondance manuscrite. — 1° Lettre de M. le Président du XIIIe Congrès international de Médecine, invitant la Société à se faire représenter par un délégué de son choix ; 2° lettre du Dr Henri Fournier, posant sa candidature comme membre titulaire : parrains (MM. Jullien et Buret); 3° lettre de M. Jacques de Narkiewicz-Jodko, envoyant 20 francs à la Société (la somme a été remise au trésorier). La Société envoie des condoléances à ce membre correspondant qui vient d'avoir la douleur de perdre son fils, âgé de 21 ans, étudiant en médecine à l'Université de Charkow ; 4° lettre de MM. Dhomont, Suarez de Mendoza et Ladreit de Lacharrière, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

M. le Secrétaire général annonce la mort de M. Bovet (de Pougues), membre correspondant : la Société adresse l'expression de ses regrets à sa famille.

Présentation d'ouvrages.

M. A. Guépin présente à la Société la thèse de doctorat de M. Jean Reliquet, neveu de son ancien président, ayant pour titre : *Recherches sur l'étiologie de l'hypertrophie sénile de la prostate.*

Résumant cet important travail, M. Guépin montre que

deux théories étiologiques sont actuellement admises. La première, théorie artérielle ou théorie de l'artério-sclérose, tend peu à peu à être supplantée par la seconde, théorie glandulaire ou épithéliale, qui fait de l'hypertrophie sénile l'aboutissant possible de toutes les lésions de l'épithélium sécréteur prostatique, quand se rencontre en même temps un ensemble de conditions favorables d'ordre local et général. Un schéma, au tableau, du lobule prostatique, permit de suivre la description et de saisir les grands caractères anatomo-pathologiques distinctifs des processus artériel et glandulaire.

M. Jullien demande à M. Guépin si les succès du massage vibratoire dans l'hypertrophie prostatique ne pourraient pas s'expliquer par le fait de l'excitation des fibres lisses, d'où résulterait l'expression de la glande.

M. Richelot ne croit pas que la dystrophie sénile prostatique soit d'ordre glandulaire, c'est une affection d'ordre vasculaire. Il est utile de dire que l'hypertrophie de la prostate ne survient que chez des arthritiques. On peut l'assimiler au fibromyome utérin. Au point de vue de la pathologie générale, la théorie glandulaire de l'hypertrophie prostatique est une erreur.

M. Guépin maintient que, selon lui, l'étiologie de l'hypertrophie prostatique est d'ordre glandulaire ; quand l'affection est au premier degré, tous les moyens mécaniques peuvent l'améliorer.

M. Jullien, à propos de sa précédente communication, lue dans la dernière séance, demande à ajouter quelques informations toutes récentes :

« Comme complément à ma communication de la dernière séance, je tiens à faire connaître des détails intéressants que je dois à l'obligeance de mon excellent ami, M. Louis Vossion, le très distingué consul de France. Au cours de voyages très étendus, M. Vossion a vu partout la prostituée repoussée lorsqu'elle veut se repentir, aussi bien dans le nouveau monde que sur l'ancien continent.

« Une seule exception doit être faite pour les adeptes de l'Armée du Salut, que nous ne connaissons ici que par ses ridicules, mais qui produit en Amérique d'inappréciables résultats. Non seulement les pécheresses y sont accueillies, bien traitées en des maisons où on les entoure de fleurs et de chants joyeux, pour faciliter et fêter leur retour au bien en rendant faciles les voies du Seigneur, mais il y a plus, l'armée envoie des émissaires, ces petites femmes habilliées de bleu qui font rire sur leur passage, dans les maisons de rendez-vous, très nombreuses à San Francisco et à Chicago. Elles entrent dans ces maisons damnées avec l'agrément des tenanciers et tenancières, et les parcourent en adjurant leurs sœurs de se convertir, en les suppliant avec les paroles les plus douces de revenir à Christ. Leur prédication est rarement stérile, et elles retournent au quartier général avec les recrues qu'elles viennent de conquérir.

« Il s'agit maintenant de les retenir et de leur fournir des moyens d'existence honnête. C'est alors que les petites catéchumènes se font menaçantes; elles vont chez les riches, et avec les paroles les plus sévères les somment de les secourir et de prendre parmi leurs domestiques et leurs employées les femmes qu'elles ont arrachées à la débauche. Les millionnaires subissent cette dîme payée à la vertu, et répondant ainsi à l'appel des sectaires, donnent au vieux monde l'exemple d'une indulgence et d'une générosité dont on regrette de trouver bien peu d'exemples chez nous. »

M. Albert-Weil fait une communication sur un cas de lupus tuberculeux de la fesse, guéri par l'effluve et l'étincelle statiques induits, et présente le malade. (Sera publiée dans un prochain numéro.)

M. Jullien félicite M. Albert-Weil du beau résultat qu'il a obtenu et que toute la Société a pu constater; ce fait montre tout l'intérêt d'une pareille méthode, supérieure à tous les procédés caustiques ou pharmaceutiques de la thérapeutique courante.

M. Richelot demande quelle est la différence qui existe entre les courants de haute fréquence, déjà employés en dermatologie, et les statiques induits.

M. Dubuc demande si cette intervention électrique agit sur le bacille ou les tissus.

M. Albert-Weil rappelle que les effluves statiques induits, dont il a montré le mode de production, sont des effluves de haute fréquence d'une nature particulière : ils ont la propriété de déterminer des contractions musculaires ou une véritable trémulation de la région, qui y est exposée : outre les effets ordinaires des effluves de haute fréquence, ils déterminent une sorte de massage profonde et agissent à la fois sur les bacilles et les éléments cellulaires.

M. le Président annonce la nomination de M. Picqué, dans l'ordre de la Légion d'honneur : la Société lui adresse ses plus vives félicitations.

M. le Secrétaire général commence la lecture d'une communication de M. Grasset « sur l'antisepsie et les anciens ».

M. le Trésorier expose la situation financière et fait une proposition renvoyée à l'examen d'une commission composée du Président, du Secrétaire général et de MM. Ladreit de Lacharrière, Dubuc et Guépin. La première réunion aura lieu à la prochaine séance.

M. le Président annonce le résultat du scrutin pour le vote sur l'honorariat à décerner à M. Abadie : M. Abadie est nommé membre honoraire à l'unanimité de 15 voix sur 15 votants.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Un des secrétaires annuels,
E. Albert-Weil.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE.

Séance du 12 février 1900. — Présidence de M. le Pr Brouardel.

M. Motet, *secrétaire général*, fait l'éloge de M. le Pr Tourde, de Nancy, membre correspondant de la Société de Médecine légale, mort récemment.

De l'importance médico-légale du passage du sublimé dans la circulation placentaire.

M. Christian. — M. le Pr Strassmann (de Berlin), dans un opuscule paru à ce sujet, se demande si, dans les cas d'avortements par injections de bichlorure de mercure, le sublimé, comme le phosphore, ne peut pas provoquer l'empoisonnement de la mère. Il passe en revue de nombreuses observations, entre autres, celles de Porack qui, faisant des expériences sur des cobayes, trouva du mercure dans le placenta et regarda ce mercure comme la cause de l'empoisonnement de la mère et de l'avortement; celles d'autres auteurs qui trouvèrent non seulement du sublimé dans le placenta, mais aussi dans le corps de la mère et dans l'embryon. S'appuyant lui-même, sur des expériences personnelles, il conclut que le sublimé aurait une action abortive manifeste. G. Carrier.

BIBLIOGRAPHIE

Tempéraments et Maladies; par le Dr Jules Rengade. (Montgrédien et Cie, édit., Paris, 1900.)

Le Dr J. Rengade a voulu exposer une nouvelle interprétation des divers états physiologiques de l'organisme humain, des constitutions, des tempéraments, des diathèses, des influences héréditaires et les maladies qui en dérivent. M. Rengade base sa pathologie sur la physiologie et sans remonter au déluge, étudie l'être humain *ab ovo*. Il suit son évolution, expose et définit les tempéraments anerviques ou végétatifs (lymphatiques, apathiques, etc.), neuraxiques ou sensitifs (nerveux, bilieux, etc.). Il conclut, en tirant l'horoscopie physiologique, ou analyse biométrique des constitutions ou tempéraments.

La deuxième partie a trait à la pathologie des maladies constitutionnelles. Un premier chapitre est consacré aux lymphymiques qui comprennent les lympathiques, strumeux, scrofuleux et tuberculeux ou plutôt prédisposés à la tuberculose. Puis vient la classe des uricémiques qui sont les herpétiques, les rhumantisants, les scléreux et les nerveux. Enfin, dans un

troisième chapitre, l'auteur expose les maladies parasitaires et infectieuses et leurs rapports avec les tempéraments.

La dernière partie de l'ouvrage est la thérapeutique, l'hygiène intensive y tient la première place et au second plan est ce que M. Rengade appelle la médiation auxiliaire. Des consultations, prescriptions et formules terminent l'ouvrage.

Ce livre, qui ne manque ni d'idées justes, ni de vues originales, est entièrement écrit pour le médecin, bien qu'au premier abord on ait quelque tendance à croire à un ouvrage de vulgarisation.

Le public extra médical ne pourrait le comprendre, malgré sa clarté, et en tirer un enseignement utile. Le médecin le lira avec intérêt et, s'il n'admet pas toutes les doctrines de l'auteur qui ont toujours le mérite de l'originalité, il approuvera M. Rengade d'avoir su exposer ses idées et sortir hardiment des règles du conveuu et de l'orthodoxie quelque peu moutonnière que nos confrères sont trop enclins à respecter outre mesure après leur sortie de l'école. J. N.

Fréquence de la grossesse tubaire; par MARTINEZ CERECEDO. (*Siglo medico*, n° 2395.)

De ses observations, l'auteur conclut que la variété tubaire des grossesses ectopiques est beaucoup plus fréquente que ne le disent les auteurs classiques; qu'elles sont le plus souvent méconnues, parce que l'embryon meurt toujours dans ce cas vers le deuxième mois ou atteint à peine le troisième. Les hématocèles de volume modéré et plus ou moins dissimulées, mais à marche progressive, sont souvent une manifestation de ces grossesses que l'on peut pourtant constater pendant la première période de la gestation. L'extirpation des trompes embryo-kystiques par une laparotomie précoce, est une opération bénigne. Un trop long retard, amenant la formation d'énormes hématocèles et d'infections secondaires, rend funeste le résultat de beaucoup d'interventions. F. B.

Fièvre typhoïde à forme intermittente et fièvre intermittente à forme typhoïde; par CODINA-CASTELLVI. (*Revista de med. y cir. pract.* n° 614.)

Après avoir exposé par le menu un cas de chacune de ces affections, l'auteur, qui d'ailleurs s'est toujours élevé contre l'emploi de la quinine dans la fièvre typhoïde, insiste ici pour l'essai de ce médicament dans les deux alternatives comme élément de diagnostic. F. B.

VARIA

Le mouvement de la Faculté de Médecine de Paris en 1899.

Le rapport annuel de l'Université de Paris vient d'être publié et donne de très intéressants renseignements, sur le fonctionnement et le mouvement de l'Université : 13.771 étudiants sont inscrits à l'Université, soit 575 de moins que l'an dernier. Parmi eux se trouvent 1.015 étrangers et 451 femmes. La part de la Faculté de Médecine est considérable.

Le nombre des étudiants s'élève à 4.315; il était, l'année précédente, de 4.495. Cette diminution est due à l'exclusion des étudiants qui ont cessé de faire acte de scolarité pendant cinq années. Cette année 160 étudiants ont été rayés de ce fait. Parmi les 4.112 élèves docteurs ou élèves officiers de santé, on compte 3.542 Français et 570 étrangers. Les étrangers comprennent des Suisses (21); des Allemands (26); des Grecs (25); des Roumains (79); des Russes (180); les Antilles ont envoyé 24 étudiants à la Faculté de Médecine; les Républiques hispano-américaines en ont envoyé 12. Parmi les 4.112 élèves docteurs ou élèves officiers de santé, on compte 3.983 hommes et 129 femmes, dont 100 étrangères (91 Russes, 5 Roumaines, 2 Allemandes, 1 Suissesse, 1 Iles-Britanniques). Parmi les 4.112 élèves docteurs ou élèves officiers de santé, 3,148 ont pris des inscriptions, 964 n'ont fait aucun acte de scolarité, retenus les uns par le service militaire, les autres par la préparation à l'externat. La Faculté a décerné 671 diplômes de docteur en médecine (dont 79 à des étrangers, 24 à des Russes, dont 17 femmes). Elle a reçu, en outre, 43 officiers de santé, 48 sages-femmes, 68 chirurgiens-dentistes. Le nombre des examens subis s'est élevé à 9.118 (l'année précédente 9.429; diminution 311). Les 9.118 examens ont entraîné 1.591 ajournements (17,4 0/0).

Parmi les vœux émis au Conseil de l'Université nous relevons les suivants : La Faculté de Médecine souhaite vivement la création prochaine de deux chaires nouvelles : de gynécologie et de chirurgie infantile. Un vote du 24 mars 1899, le Conseil municipal de Paris pourvoit déjà aux frais des deux chaires et des services cliniques qu'elles nécessitent. La Faculté des Sciences demande la création d'une conférence de mathématiques, d'une chaire de physique et d'une chaire de chimie, spécialement destinées aux étudiants du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, et d'un cours complémentaire de chimie appliquée, qui sera prochainement institué sur les fonds de l'Université.

L'Ecole de pharmacie compte 1.794 étudiants dont 9 femmes. Elle a délivré 238 diplômes.

Enfin, relevons le chiffre de 600.000 volumes communiqués par les bibliothèques universitaires à environ 350.000 travailleurs et nous pourrons affimer que tous les étudiants ne perdent pas leur temps à Paris. J. N

Association de la Presse médicale française.

Réunion du vendredi 2 février 1900.

Le vendredi 2 février 1900, a eu lieu la première réunion de 1900 de l'*Association de la Presse médicale*, au restaurant Marguery; sous la présidence de M. LABORDE, syndic. — 24 personnes assistaient à cette réunion.

I. *Nominations* : 1° Membres honoraires : Ont été nommés membres honoraires de l'Association : M. le Dr Chevallereau (de Paris, ancien directeur de la *France médicale* ; M. le Dr Richelot, ancien directeur de l'*Union médicale*, M. le Dr Duplay, ancien directeur des *Archives générales de Médecine*. 2° *Membres titulaires* : Ont été élus membres titulaires : M. le Dr Louis Guinon, rédacteur en chef de la *Revue des maladies de l'Enfance*, en remplacement de M. de Saint-Germain, décédé ; M. le Dr Moulonguet, rédacteur des *Archives provinciales de Chirurgie*, M. le Dr M. Baudouin représentant désormais la *Gazette médicale de Paris*; M. le Dr Prieur, rédacteur en chef de la *France médicale*, en remplacement de M Chevallereau, nommé membre honoraire. — II. *Candidature* : un rapporteur a été nommé pour la candidature de M. le Dr E. Vidal, rédacteur en chef des *Archives de Thérapeutique* (de Paris). — III. *Membres honoraires* : l'Association a voté, à l'unanimité, l'article suivant nouveau des statuts : « tous les fondateurs de l'Association peuvent demander à être nommés membres honoraires. » — IV. *Annuaire de l'Association*. Il sera distribué à la prochaine réunion; il ne contiendra aucun cliché. — V. *Exposition de 1900*. De nouvelles démarches vont être faites, en ce qui concerne les cartes d'entrée à l'Exposition de 1900. *Le secrétaire général,* Marcel BAUDOUIN.

Condamnation d'une guérisseuse de cancer.

Une affaire d'exercice illégal de la médecine et d'homicide par imprudence vient d'être jugée par le tribunal correctionnel de Sens.

Le nommé J..., âgé de 80 ans, et sa femme étaient venus s'installer à Sens au commencement de mars 1899. Le mari se disait spécialiste et s'occupait du traitement des cancers, bien que non muni d'un diplôme lui permettant d'exercer librement. Les époux avaient d'abord pratiqué à Dijon, puis à Tonnerre, et finalement vinrent échouer à Sens, soignant quantité de malades qui avaient recours à leur *secret*. Une dame M... (de Sens), atteinte d'un cancer du sein, vint demander la guérison de son mal à l'empirique J... Ce dernier, décédé subitement l'avant-veille, avait été enterré le matin même. Mme M... fut reçue par la veuve J..., qui lui déclara qu'elle pouvait fort bien soigner la malade, qu'elle était au courant de la méthode de son mari, et promit de guérir la patiente dans un délai de quatre ou cinq mois. Mais, contrairement à ses prévisions, au bout de quelques mois de traitement, Mme M... mourut, le 18 septembre dernier, après avoir enduré d'atroces souffrances. Effrayée des conséquences imprévues de son traitement, la veuve J... quitta Sens subrepticement et se rendit au Parc-Saint-Maur, où, sur une plainte du Syndicat de Sens, elle fut arrêtée. C'est à la suite de ces faits que la veuve J... comparaît devant le tribunal correctionnel.

M. le Dr Quenouille donne sur l'état de santé de la veuve

M... les détails les plus précis. Le docteur avait conseillé à la malade de se rendre à l'hôpital pour subir l'ablation du mal, mais elle ne voulut pas y consentir et préféra se faire soigner par la veuve J... Il vit encore Mme M... quelques jours avant sa mort et constata son état déplorable, le sein était complètement détruit, la plaie était horrible et s'étendait jusqu'au delà de l'aisselle, dégageant une odeur fétide. Il déclare que la mort n'est pas due au cancer, mais bien au caustique employé pour la guérison. Il suppose ce remède à base d'arsenic.

M. Mouchet, docteur-médecin à Sens, a fait l'autopsie du cadavre trois semaines après l'inhumation, donne des détails techniques sur la façon dont il a procédé et déclare avoir recueilli sur la plaie du sein de petits grains jaunâtres qui furent mis de côté pour être analysés, ainsi qu'un morceau du cœur et du foie.

M. Virally, pharmacien à Sens, a procédé à l'analyse des parties du corps prélevées par le médecin légiste; il déclare que la présence de l'arsenic est manifeste dans le foie. L'expert a analysé également une pastille que la veuve J... donnait à ses malades; cette pastille a été trouvée à Dijon, et l'opération a démontré qu'elle était faite de sulfure d'arsenic artificiel et qu'il y a concordance de composition entre ladite pastille et les grains jaunâtres prélevés sur la plaie lors de l'autopsie.

Après délibération, le tribunal a condamné la veuve J... à 50 francs d'amende et quatre mois d'emprisonnement, par application des articles 16 et 18 de la loi du 30 novembre 1892 et l'article 319 du Code pénal.

Les épidémies.

La peste.

La peste en Portugal est définitivement disparue, les quarantaines imposées à Buenos-Ayres aux provenances de Lisbonne viennent d'être supprimées. Aux Indes, l'épidémie sévit toujours avec violence dans la région de Bombay, où la famine ne contribue pas peu à aggraver la situation sanitaire.

L'influenza.

La grippe fait de nombreuses victimes, tant à Paris que dans tout le Nord de la France. Elle affecte surtout la forme nerveuse ou la forme gastro-intestinale. Quelques cas assez sérieux se sont manifestés à la maison d'éducation de la Légion d'honneur, à Saint-Denis. Ces cas, signalés par la presse, ont causé une inquiétude qui paraît injustifiée.

La fièvre typhoïde.

La fièvre typhoïde qui a frappé quelques élèves de l'Ecole de Saint-Cyr, vient d'éclater avec une certaine violence au lycée Saint-Louis. Cinq des élèves seraient morts et le nombre des malades serait grand. Le Ministre de l'Instruction publique a fait suspendre les cours du lycée et a prescrit une enquête. Cette épidémie qui se borne au lycée Saint-Louis, paraît due au mélange d'eau de sources et d'eau de rivière dans l'alimentation des habitants de cet établissement. Il paraît étrange qu'une pareille anomalie ait existé actuellement dans un grand lycée de Paris, et l'administration de Saint-Louis a, de ce fait, encouru une fort lourde responsabilité.

INSTRUMENTS ET APPAREILS.

Le forceps à poignée du Dr P. Berthod.

M. le Dr P. Berthod a naguère présenté à la *Société d'obstétrique de Paris* (séance du 16 novembre 1899), un nouveau forceps, nous nous faisons un plaisir de reproduire la description que M. Berthod a faite lui-même de son excellent instrument: «Je m'en excuserais volontiers, car il y en a déjà beaucoup et d'excellents; mais le modèle que je vous soumets, m'a paru pratique; il n'est pas cher, ce qui est à considérer aussi. Ce forceps, que j'ai dénommé *forceps à poignée*, est entièrement métallique et comprend deux parties:

1° Le forceps porprement dit: il n'a rien de spécial, mais il est léger : le centre de gravité est en avant de l'articulation afin de faciliter l'introduction. *Les cuillers* sont souples, à courbures fortement cintrées; *les manches* aplatis, évidés, légèrement courbées et contournées à l'extrémité pour le maintien commode et la bonne conduite de l'instrument, ils sont réunis par une vis à ailette mobile. *L'articulation* se fait par une vis à tête évidée, terminée par *une gorge*. Sauf cette vis à gorge, le forceps peut d'ailleurs être quelconque.



Fig. 11. — Forceps du Dr Paul Berthod.

2° La poignée s'accroche sur cette gorge, au moyen *d'un genou*. Cette poignée est en forme de crosse de pistolet recourbée à l'extrémité inférieure; elle est calculée tellement que la traction à son niveau s'exerce suivant le prolongement de l'axe des cuillers du forceps. La poignée permet de tirer avec une seule main, ce qui est suffisant et utile, parce que l'autre main reste ainsi libre et de réserve.

Dans l'établissement du forceps à poignée, je me suis préoccupé uniquement de l'effet pratique au point de vue de l'empoigne et du rendement utile de l'instrument. J'ajouterai que la vis à gorge et la poignée constituent un dispositif nouveau pouvant être adapté à un forceps quelconque, lequel s'en trouve ainsi heureusement modifié. »

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Mercredi 21. — M. Rumpelmayer. Des injections rectales de sérum artificiel chez les enfants dans la débilité congénitale et acquise. — M. Mazeyrie. Du traitement de l'ectopie testiculaire inguinale simple, type mobile. — M. Vignaud. Des rapports de l'appendicite avec l'occlusion intestinale aiguë ou chronique. — M. Bernard (Léon). Fonctions du rein dans les néphrites chroniques.

Jeudi 22. — M. Petit (Albert). D'une classe de délinquants irresponsables, intermédiaires aux aliénés et aux criminels. (Clinique. — Assistance. — Médecine légale). — M. State. Forme douloureuse de l'acromégalie. — M. Petit (Paul). Recherches cliniques et bactériologiques sur les infections aiguës de la cornée. — M. Eloy. Des progrès du traitement chirurgical de l'invagination intestinale depuis 1895. — M. Béra. Complications post-opératoires, immédiates et éloignées de l'appendicite. Conséquences thérapeutiques. — M. Grosjean. Traitement des rétentions placentaires consécutives à l'avortement par le tamponnement intra-utérin. — M. Decloux. Etude sur les polypes dermoïdes du pharynx. — M. Dupont. Traitement de la tuberculose du genou, au début, chez l'enfant. — M. Motel. Etude sur la tuberculose de l'intestin grêle à forme hypertrophique. — Entéro sténose tuberculeuse. — M. Lecœur. De l'oxalurie physiologique et pathologique.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

(Voir page VII des annonces.)

FORMULES

IX. — Contre les douleurs prémenstruelles.

Codéine	0 gr. 05 centigr.
Chloral	1 gramme.
Bromure d'ammonium	1 —
Eau camphrée	30 —

A prendre en une fois en se couchant. (*Nouveaux remèdes.*)

Muséum d'histoire naturelle. — *Cours de zoologie* (mammifères et oiseaux). — M. Milne Edwards, professeur, membre de l'Institut, commencera ce cours le vendredi 2 mars 1900, à 2 heures. Le professeur traitera de l'histoire des mammifères au point de vue de leur organisation, de leur classification et de leur distribution géographique. Les leçons auront lieu les mercredis et vendredis, à 2 heures, et les lundis, à 10 heures, dans la salle des cours de la galerie de zoologie et elles seront complétées par les conférences faites dans les galeries ou dans la ménagerie, à des jours et heures qui seront indiqués par des affiches spéciales.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 4 fév. au samedi 10 fév. 1900, les naissances ont été au nombre de 1219 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 444, illégitimes, 150. Total, 594. — *Sexe féminin* : légitimes, 442, illégitimes, 183. Total, 625.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1896 : 2.511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 4 fév. au samedi 10 fév. 1900, les décès ont été au nombre de 1255, savoir : 674 hommes et 591 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 7, F. 7. T. 14. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 4, F. 0, T. 4. — Rougeole: M. 7, F. 4, T. 11. — Scarlatine : M. 4, F. 1, T. 5. — Coqueluche : M. 0, F. 0, T. 0. — Diphtérie. Croup : M. 1, F. 2, T. 3. — Grippe : M. 26, F. 32, T. 58. — Phtisie pulmonaire : M. 141, F. 93. T. 234. — Méningite tuberculeuse : M. 13, F. 8, T. 21. — Autres tuberculoses : M. 18, F. 8, T. 26. — Tumeurs cancéreuses : M. 16, F. 32, T. 48. — Tumeurs autres : M. 1, F. 4, T. 5. — Méningite simple : M. 16, F. 7, T. 23. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 25, F. 30, T. 55. — Paralysie, M. 6. F. 10, T. 16. — Ramollissement cérébral : M. 6, F. 2, T. 8. — Maladies organiques du cœur : M. 35, F. 46, T. 81. — Bronchite aiguë : M. 8, F. 11, T. 19. — Bronchite chronique : M. 18, F. 23, T. 41. — Broncho-pneumonie : M. 42, F. 36, T. 78. — Pneumonie : M. 31, F. 29, T. 60. — Autres affections de l'appareil respiratoire: M. 68, F. 29, T. 97. — Gastro-entérite, biberon : M. 17, F. 6, T. 23. — Gastro-entérite, sein : M. 3, F. 3, T. 6. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 0, F. 1, T. 1. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 2, T. 3. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 0, T. 0. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Débilité congénitale : M. 18, F. 14, T. 32. — Sénilité : M. 20, F. 42, T. 62. — Suicides : M. 9, F. 1, T. 10. — Autres morts violentes : M. 14, F. 5, T. 19. — Autres causes de mort: M. 90, F. 89. T. 179. — Causes restées inconnues : M. 9, F. 1, T. 10.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 86, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 38, illégitimes, 12. Total : 50. — *Sexe féminin* : légitimes, 22, illégitimes, 14. Total : 36.

CONCOURS DE L'INTERNAT. — Questions orales : 3 février : *Hile du poumon. Des hémoptysies.* — 5 février : *Valvule mitrale. Signes, diagnostic et complications de l'insuffisance mitrale.* — 6 février : *Veine jugulaire. Anévrysme artério-veineux.* — 7 février : *Hémorragies de la délivrance* (diagnostic et traitement). — 8 février : *Méninges rachidiennes. Mal de Pott dorso-lombaire.*

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — M. Hennequin, est nommé au grade de médecin de 1re classe.

SERVICE DE SANTÉ DES COLONIES. — Sont nommés médecins stagiaires : MM. les médecins auxiliaires de 2e classe de la marine Clavet, Gravot, Imbert, Le Maout, Lenoir, Marque, Pouthiou-Lavielle et Rogé. — Est nommé médecin auxiliaire de la marine : M. Deschamps.

NOUVEAUX JOURNAUX. — Nous venons de recevoir le premier numéro de la *Revue des Revues d'histoire naturelle*, revue générale illustrée des sciences naturelles pures et appliquées, paraissant deux fois par mois. Rédacteur en chef : Henri Coupin. Directeur : P. de Courdirban, rédaction, 21, boulevard du Port-Royal.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Le Dr Emily, qui faisait partie de la mission Marchand, a reçu hier, à Toulon, la croix d'officier de la Légion d'honneur, des mains du directeur du service de santé de la marine, entouré de tout le personnel. Le Dr Emily a reçu les félicitations de tous ses camarades. (*Le Petit Journal*, du 4 février 1900.)

HOMMAGE A PASTEUR. — Le médaillon de bronze représentant l'effigie de Pasteur, a été posé hier à Strasbourg, sur la façade de la maison de la rue des Veaux, qu'habitait en 1852 l'illustre savant français. Ce médaillon est l'œuvre du graveur parisien Patey. (*Le Temps* du 5 février 1900.)

EXPÉDITION SANITAIRE. — A la fin du mois prochain une expédition danoise, sous le commandement du célèbre dermatologue Dr Edouard Ehlers, se rendra en Crète pour combattre la lèpre. Elle est invitée spécialement par le gouverneur général le prince Georges de Grèce, qui veut faire isoler tous les lépreux au nombre d'environ 2.000 sur un petit ilot forteresse de la côte nord de la Crète. Le prince, qui s'intéresse beaucoup à cette question sanitaire si importante, a fait un grand travail préparatoire pour l'expédition. Jusqu'ici, sous le régime turc, on n'avait rien fait pour combattre la lèpre et soigner les malheureux malades. (*Le Temps* du 2 février 1900.)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr DUCLOS, maire de Férel, Conseiller général de la Roche-Bernard. — M. le Dr ARREN, médecin sanitaire. — M. le Dr PLEHU, médecin du Gouvernement allemand au Cameronn, tué par les indigènes.

Chronique des Hôpitaux.

HOTEL-DIEU. — Le Dr LUCAS-CHAMPIONNIÈRE : leçons de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu à dix heures, tous les jeudis. Opérations avant la leçon. Opérations abdominales le mardi. Le mercredi et le samedi visite dans les salles.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. le Dr BÉCLÈRE, conférences de radioscopie médicale avec présentation de malades, le dimanche à 10 heures du matin.

Clinique des affections du système nerveux. — M. GILBERT BALLET, leçons cliniques sur les affections du système nerveux et la pathologie mentale, hôpital Saint-Antoine (Amphithéatre de la clinique de la Faculté), le dimanche, à 10 heures.

CLINIQUE TARNIER. — M. le Pr BUDIN : Mardi et samedi à 9 heures, leçons à l'Amphithéâtre. — Lundi et jeudi, lecture raisonnée des observations de la semaine. — Mercredi, leçons de séméiologie obstétricale. — Vendredi, consultations des nourrissons tous les jours, à 5 heures, cours théorique d'accouchement.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h. 1/2. Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée); présentation de cas cliniques, etc. — *Service de* M. le Dr P. MARIE. Le service de l'infirmerie de Bicêtre comprend un grand nombre de malades atteints d'affections chroniques et particulièrement d'affections du système nerveux. Ce service est ouvert aux étudiants et le samedi a lieu, à 9 h. 1/2, une visite générale au cours de laquelle le Dr Pierre Marie présente les malades les plus intéressants.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — Le Dr DU CASTEL, conferences cliniques le samedi à 1 h. 1/2. A 1 h. 1/2 consultation externe. A 2 h. 1/2 conférence clinique dans la salle des conférences.

Leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques. — M. HALLOPEAU, salle des conférences, le dimanche, à 9 heures et demie du matin.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

XXIXe ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XI. N° 8. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 24 FÉVRIER 1900.

Le Progrès Médical

HYGIÈNE DE LA PREMIÈRE ENFANCE

Du coupage du lait chez les enfants du premier âge.

Par le Dr J. BONIFAS (de Caudebec-lès-Elbeuf).

Comme l'indique le titre, ce travail ne s'applique qu'aux enfants âgés de moins de deux ans et, plus particulièrement, aux enfants âgés de moins d'un an. Quand j'ai été nommé, en 1893, médecin-inspecteur des nourrissons, j'ignorais totalement si l'on devait leur donner le lait beaucoup, peu, ou non coupé. Les auteurs consultés n'étaient pas d'accord; les uns le voulaient étendu de moitié au moins, les autres peu ou pas du tout; personnellement, je n'avais aucune idée particulière. J'étais donc fort perplexe. Je résolus alors d'étudier attentivement la question et de me faire une opinion personnelle basée sur les faits que j'observerais; n'ayant aucune idée préconçue, j'abordai cette étude sans parti-pris et sans partialité. Au bout de deux ans de recherches attentives et minutieuses, j'arrivai à cette conclusion très nette qu'on peut et qu'on doit donner le lait pur dès le premier mois, et même dès la première semaine de la vie. Pour justifier cette assertion, je m'appuierai d'abord uniquement sur les faits, je traiterai ensuite le point de vue théorique. Premièrement, j'affirme qu'on peut donner du lait pur de très bonne heure. Cela résulte directement des faits observés. J'ai vu souvent, et je vois encore tous les jours des enfants, venus au monde beaux et gras, dans un excellent état de santé, nourris au lait pur dans le courant de la première quinzaine ou du premier mois, continuer à se bien porter, à prospérer, à croitre sans le moindre trouble digestif. Ces faits sont loin d'être rares; ils sont même fréquents. Je connais en particulier une nourrice qui a déjà élevé, sous ma direction, cinq ou six enfants, dès leur naissance, et leur a donné du lait pur dès l'âge de 10 à 12 jours, sans que jamais ils aient été malades.

Un autre enfant, dont j'avais accouché la mère, a été alimenté au lait pur dès le premier jour de sa vie et s'est toujours bien porté.

Certes, avec le lait pur, on peut observer de la gastro-entérite, car cette affection provient de plusieurs causes différentes; mais ce qu'on peut affirmer, c'est que les enfants nourris au lait pur ont très rarement de la diarrhée ou des vomissements, tandis que les enfants nourris au lait coupé (des trois quarts, de moitié ou du quart) l'ont très souvent; de plus, les premiers se portent beaucoup mieux et sont beaucoup plus forts que les seconds.

J'ai vu en outre bien des fois des enfants venus au monde maigres, petits et chétifs soumis dans le premier mois au régime du lait pur, et qui engraissaient rapidement.

L'expérience démontre même que les enfants, venus au monde maigres et chétifs, survivent et prospèrent, dans l'immense majorité des cas, s'ils sont nourris au lait pur, mais se débilitent et meurent presque toujours s'ils sont nourris au lait coupé de moitié.

En second lieu, je soutiens qu'on doit donner du lait pur. En effet, le lait coupé, surtout celui qui l'est de moitié ou des trois quarts (un quart de lait trois quarts d'eau) entraîne d'abord une diminution et même l'abolition presque complète de l'appétit, puis, des troubles digestifs, légers au début, très graves ensuite, caractérisés par des vomissements fréquents et des selles diarrhéiques vertes, séreuses, grumeleuses, très abondantes, très fréquentes (j'ai vu jusqu'à 12 ou 15 selles par 24 heures).

Bien souvent, ces troubles entraînent à leur tour l'amaigrissement, le ballonnement du ventre, des congestions broncho-pulmonaires et même la mort. Je considère même le lait coupé comme la cause la plus fréquente de gastro-entérite et de mortalité infantile.

Cette relation de cause à effet entre le lait coupé et les accidents que je viens d'énumérer est facile à prouver.

Que de fois, par exemple, n'ai-je pas vu se répéter sous mes yeux le fait suivant :

Voici un enfant, venu au monde fort, gras, bien portant, plein de vie et d'entrain, avec un ventre normal, dépourvu de grosses veines ; on l'alimente pendant un jour ou deux avec de l'eau sucrée (afin de le purger, dit-on) puis avec du lait coupé des deux tiers ou de moitié ; bientôt, l'enfant crie, demande sans cesse son biberon pour le rejeter aussitôt ; son ventre se ballonne, se sillonne de veines, la croissance s'arrête, elle fait place à la maigreur ; une pâleur anémique envahit le corps ; de

la diarrhée, des vomissements surviennent, tantôt ensemble, tantôt séparément (la gastrite étant plus rare que l'entérite), d'abord légers, puis considérables. Chaque prise de lait peut être suivie de vomissements ou d'une selle diarrhéique; dès lors, l'enfant se cachectise effroyablement, et, dans un très grand nombre de cas, surtout en été, il succombe.

D'autres fois, il résiste plus ou moins longtemps; mais à la première complication, amenée par les chaleurs, il s'en va; d'autres enfin résistent jusqu'au bout et finissent par triompher; mais, seuls, les plus robustes survivent; des faibles, très peu en reviennent : ils sont ployés en quelques semaines; souvent même ils meurent presque immédiatement après leur naissance. Et quel remède oppose-t-on à cette déchéance de l'organisme qui survient à la suite de la gastro-entérite ? Souvent, on coupe le lait davantage, ce qui aggrave les accidents; ou bien, comme l'enfant vomit le lait caillé, on supprime entièrement le lait qu'on remplace par la farine lactée ou d'autres produits analogues incapables de soutenir le malade; ou enfin, on donne uniquement de l'eau d'orge, de l'eau panée; et, chose incroyable, j'ai vu des petits êtres survivre deux, trois et même quatre semaines, sans autre nourriture que cette eau panée. Avec les inconvénients du lait coupé que je viens de décrire, la mortalité, l'été surtout, doit être effrayante. En effet, au moment de ma nomination à Caudebec-lès-Elbeuf, cette mortalité dépassait 45 0/0 par an chez les nourrissons. Evidemment le lait coupé n'amène pas fatalement la gastro-entérite chez tous les enfants; mais alors même qu'ils ne sont point atteints de cette maladie, les enfants n'acquièrent point de forces; ils sont pâles, maigres; ils ne grandissent ni ne se développent suffisamment; la peau est flasque, molle, trop large pour les chairs sous-jacentes.

Ainsi donc, l'observation consacre deux faits : Les enfants nourris au lait pur ont très rarement de la gastro-entérite, ils sont généralement vigoureux, gras et de bonne mine; la mortalité est faible parmi eux. Au contraire, les enfants nourris au lait coupé ont souvent, presque toujours dirai-je, de la gastro-entérite dangereuse; ils sont d'ordinaire faibles, pâles, maigres; ils manquent d'appétit; la mortalité est, chez eux, considérable. Mais on peut prouver la nocuité du lait coupé et l'efficacité du lait pur d'une manière plus directe en montrant des enfants, atteints de diarrhée après l'usage du lait coupé, qui guérissent rapidement grâce au lait pur.

Premier fait. — Enfant venu au monde fort, gros et gras; nourri chez ses parents avec du lait coupé de moitié. Au début, cet enfant boit beaucoup, puis il boit beaucoup moins; vers l'âge de 2 semaines, la diarrhée et les vomissements se déclarent, légers d'abord, mais s'accentuant toujours plus; l'enfant maigrit, pousse sans cesse des cris aigus; son ventre se ballonne; la peau devient pâle, molle, flasque, ridée. On m'appelle quand l'enfant a 2 mois 1/2. Je le trouve dans un état déplorable, rejetant par la bouche ou par l'anus le peu de lait qu'il boit; il est très maigre. Je fais couper le lait au tiers (un tiers d'eau, deux tiers de lait). Dès le lendemain, l'enfant ne crie presque plus; sa diarrhée et ses vomissements sont considérablement amendés; l'appétit devient meilleur. Au bout de deux ou trois jours, je fais couper le lait au quart; au bout de quatre ou cinq jours (l'enfant ayant, par conséquent, moins de 3 mois), je donne le lait pur; les résultats sont merveilleux : cinq à six jours après le début de mes soins, l'enfant ne crie plus du tout, il dort bien, n'a plus le moindre vomissement; selles absolument normales; les couleurs reviennent. Un mois plus tard, l'enfant est superbe, gros et gras; seul, le ventre reste un peu ballonné.

Voilà donc un enfant qui était malade tant qu'il prenait du lait coupé de moitié, mais dont l'état s'est amélioré très sensiblement dès que son lait a été moins étendu, et qui, après quelques semaines d'alimentation au lait pur, est devenu gros et gras, tandis qu'il maigrissait avec le lait coupé. Cette amélioration brusque est survenue sans aucun traitement, sans médicament; elle ne peut donc être attribuée qu'au lait pur, et l'action de celui-ci, comparée à celle du lait coupé, est ainsi prise sur le fait, comme cela se produira d'ailleurs aussi dans les cas suivants.

Deuxième et troisième faits. — Il s'agit d'un enfant venu au monde beau et fort, nourri d'abord au lait coupé de moitié, puis, vers l'âge de 4 mois, au lait coupé au tiers, Vers 5 semaines, il a commencé à maigrir, à avoir un peu de diarrhée et quelques vomissements. L'enfant étant placé en nourrice, je fais bouillir le lait; je veille à la propreté du biberon et je l'obtiens; je fais régler les tétées; tout cela inutilement. Je recommande le lait pur, mais la nourrice ne peut se résoudre à l'employer. Alors, l'état de l'enfant s'aggrave et, vers 5 mois, sans être aussi chétif que celui de l'observation précédente, le nourrisson est maigre, pâle, a quatre ou cinq selles liquides vertes par jour, quelques vomissements, le ventre ballonné. Le père, effrayé, me demande mon avis sur les soins de la nourrice; je lui réponds que son seul défaut est de ne pas donner du lait pur; le père place son enfant chez une autre nourrice convertie au lait pur et que je lui indique. Dès les jours suivants, l'état de l'enfant s'améliore, puis devient normal; au bout de deux à trois mois, l'enfant, tout à fait guéri a bien engraissé; cela aussi sans médicaments. Mais je n'ai pas ordonné le lait pur brusquement; j'ai fait diminuer l'eau progressivement et tous les cinq ou six jours, de manière à la supprimer entièrement au bout de trois semaines.

Le plus curieux, c'est que la première nourrice avait un second nourrisson en même temps que le premier, à peu près du même âge, nourri dans les mêmes conditions, ayant, lui aussi, quatre à cinq selles quotidiennes liquides, grumeleuses, vertes, fétides, avec amaigrissement et ballonnement du ventre, Quand le père du premier nourrisson l'eût retiré, la nourrice prit peur qu'on ne lui enlevât aussi le second auquel elle se mit à administrer du lait pur. Dès lors, l'enfant guérit de son entérite sans aucun médicament, engraissa rapidement, et depuis ne fut plus malade. Je dois ajouter qu'à partir de ce jour, tous les enfants qu'a élevés cette nourrice l'ont été au lait pur; ils ont toujours été forts et beaux, à l'abri de tout accident digestif, tandis que ceux qu'elle élevait auparavant au lait coupé maigrissaient; ils étaient plus ou moins atteints de gastro-entérite.

Quatrième fait. — Enfant très fort au moment de sa naissance; boit en très grande quantité du lait coupé de moitié; a toujours faim, est difficile à rassasier. Les deux premiers mois il résiste bien et engraisse un peu; puis son appétit diminue progressivement; son ventre se ballonne, ses selles deviennent plus nombreuses et plus liquides; vers l'âge de 4 mois, l'enfant est dans un état déplorable. Je le vois alors pour la première fois. Depuis trois à quatre jours, il avale à peine quelques cuillerées de liquide; il refuse le biberon; il est horriblement maigre, criant constamment, et atteint d'une diarrhée avec vomissements; facies très pâle. J'ordonne le lait coupé au quart (un quart d'eau, trois quarts de lait) puis je fais diminuer l'eau peu à peu de manière à arriver au lait pur en dix jours. La situation étant très grave, j'ajoute une potion contenant : salicylate de bismuth, 3 grammes; laudanum de Sydenham, une goutte; eau-de-vie, 6 grammes et un véhicule. A prendre en vingt-quatre heures. — Les vomissements s'arrêtent immédiatement; la diarrhée diminue au bout de la première journée et disparaît presque entièrement en quatre ou cinq jours. Ensuite, il y a deux à trois selles par vingt-quatre heures, mais un peu verdâtres et légèrement grumeleuses La quantité de lait ingéré augmente un peu le troisième jour. puis s'accroît de plus en plus, et, au bout d'un mois, atteint un litre et demi de lait pur par jour. En même temps, les

forces et l'embonpoint reviennent, légèrement au début, puis plus rapidement, et, au bout de deux à trois mois, le nourrisson est devenu un bel enfant, gros et gras. L'enfant a pris une potion par jour pendant dix jours, puis une potion en un jour et demi, puis une potion en deux jours; le médicament n'a été entièrement abandonné qu'au bout d'un mois et demi.

Ici encore se révèle avec évidence l'action du lait trop coupé. Il n'a pu être suffisant comme nourriture qu'à la condition d'être ingéré en grande quantité; cette quantité excessive a amené la dilatation et la fatigue des voies digestives, et, par suite, la maladie de celles-ci. Dès lors, l'appétit s'est perdu, et l'enfant a été frappé de déchéance rapide. Sous l'influence du lait, moins coupé d'abord, puis pur, jointe à l'action du médicament, la digestion a pu se produire, et l'appétit est revenu vite; mais l'intestin était dans un tel état et depuis si longtemps qu'il a fallu un long traitement pour arriver à une guérison complète.

Cette méthode du lait pur est donc en contradiction absolue avec celle qui donne le lait coupé comme plus facile à digérer que le lait pur.

Mais la première méthode est corroborée par l'expérience, elle n'est que l'expression des faits observés; par contre, la seconde, en contradiction avec ces mêmes faits, ne repose que sur des vues théoriques établies a *priori*; c'est donc la première méthode qu'on doit adopter. D'ailleurs, il est possible, se plaçant uniquement au point de vue théorique, de démontrer la fausseté de la théorie du lait coupé. Les partisans du lait coupé disent qu'il faut étendre d'eau le lait de vache parce qu'il contient deux fois plus de caséine que le lait de femme. Mais, d'un autre côté, la densité, la proportion des matières solides, du beurre et des sels sont très sensiblement les mêmes pour les deux laits. Si donc on coupe notablement le lait de vache, on obtiendra un mélange très sensiblement différent du lait de femme, moins riche, moins nutritif, plus aqueux que celui-ci. D'ailleurs, ce qui fait la digestibilité d'un lait, ce n'est pas la prédominance de telle ou telle substance, mais le rapport de la totalité des substances solides à la quantité d'eau.

Comment donc le lait, c'est-à-dire l'excédent d'eau amène-t-il si fréquemment la diarrhée? Le fait peut se produire de trois manières : 1° en diluant le lait, on dilue par là même le suc gastrique, c'est-à-dire qu'on diminue la puissance digestive de celui-ci; 2° l'eau qu'on ajoute au lait, en augmentant la masse ingérée, augmente le travail d'absorption, ce qui est une cause de fatigue et d'épuisement des organes. La muqueuse intestinale peut même, à la longue, se sefuser à absorber ce surcroît d'eau qui n'est pas nécessaire à l'organisme, et l'eau non absorbée, agissant comme corps étranger, irrite l'intestin; 3° enfin l'addition d'eau a pour effet d'augmenter le volume des substances ingérées. Cet excès de volume amène une dilatation gastro-intestinale, d'où, trouble dans la digestion et ballonnement du ventre. C'est donc, en définitive, l'addition d'eau qui est nuisible. Certes il est nécessaire que l'eau entre dans toute alimentation; mais il faut qu'elle n'y entre ni trop ni trop peu. Or, quelle est la proportion d'eau normale? Celle évidemment du lait de femme, mais justement cette proportion est sensiblement celle du lait de vache; il ne faut donc pas ajouter d'eau à celui-ci.

Les trois considérations qui précèdent nous expliquent facilement, même dans les plus petits détails, ce qu'on observe quand on donne du lait coupé aux enfants. Reportons-nous, par exemple, à l'observation IV; on y voit qu'un enfant doué d'un très grand appétit, ayant besoin de beaucoup de substance nutritive, était obligé par là même d'ingérer un grand volume de lait coupé. Au début, l'estomac résiste à ce surcroît de besogne, puis il se fatigue, et enfin, il est entièrement épuisé, ce qui se traduit d'abord par la diminution, puis par l'arrêt complet de l'appétit, enfin par la diarrhée et des vomissements. Mais, dès qu'on donne un aliment moins dilué, l'estomac, ayant moins de travail à effectuer, se repose, se restaure lentement et enfin, devient apte à digérer facilement la quantié de lait pur qu'il lui faut. Nous voilà maintenant armés de pied en cap pour répondre à toutes les objections.

Comment se fait-il, pourra-t-on dire, s'il est vrai que le lait coupé soit si nuisible aux voies digestives et si souvent mortel, que tant d'enfants, alimentés par son moyen résistent, survivent et même échappent à la gastro-entérite? D'abord il y en a fort peu qui n'aient pas des troubles digestifs plus ou moins sérieux, surtout parmi les enfants chétifs qui succombent tous, et en peu de temps, parfois à l'âge de deux à trois semaines, aux altérations gastro-intestinales résultant du lait coupé. S'il est vrai que beaucoup d'enfants alimentés par du lait coupé n'ont jamais ni vomissements ni diarrhée, ils sont, en revanche, maigres, pâles et chétifs. Quand le lait coupé n'occasionne ni diarrhée ni vomissements, c'est que la muqueuse gastro-intestinale est capable d'absorber toute la quantité de liquide ingéré (alors les enfants urinent beaucoup), mais elle ne peut le faire que si cette quantité n'est pas trop considérable; alors, celle-ci contenant beaucoup d'eau et peu de matières nutritives, l'alimentation est insuffisante; et l'enfant quoique sans diarrhée, souffre dans son développement. Quand la muqueuse gastro-intestinale ne peut pas absorber toute la quantité de liquide ingéré, elle s'irrite et rejette l'excédent, d'où vomissements et diarrhée.

Enfin, il faut tenir compte des trois points suivants : vigueur et force de résistance de l'organisme; puissance des voies digestives; quantité d'aliments nécessaires, variable avec chaque enfant. On comprend, en effet, que, plus sont grandes la vigueur de l'enfant et la puissance digestive de l'estomac et de l'intestin, plus l'enfant pourra résister à un lait coupé trop indigeste. Mais il y a plus : la quantité d'aliments nécessaire à la vie et au développement du corps est très variable avec chacun. Pour l'un, il faudra beaucoup de lait, pour un autre beaucoup moins.

Supposons maintenant un enfant réunissant ces trois facteurs : corps robuste; organes digestifs puissants et résistants; suffisance d'une petite quantité d'aliments pour assurer la vie et la croissance. Pour ces trois raisons concordantes, l'enfant pourra résister à un lait coupé de moitié et même des deux tiers, car il n'aura besoin d'en boire qu'une petite quantité, qui fatiguera bien peu l'estomac et l'intestin; d'ailleurs, ceux-ci, étant puissants, résisteront. L'enfant supportera ce régime jusqu'au moment où, par le seul effet de l'âge, les organes de la digestion se développeront et deviendront normaux, assez puissants pour digérer les soupes, œufs, etc. Supposons au contraire un enfant réunissant les trois conditions opposées : des organes digestifs faibles au service d'un corps faible, auront à accomplir le travail considérable de digérer une grande masse d'aliments indigestes; l'organisme succombe et meurt promptement. Entre ces deux extrêmes, supposez une

foule d'intermédiaires ; imaginez les trois facteurs précédents combinés de diverses manières, et vous aurez toutes les variétés d'action du lait coupé sur l'organisme. Vous verrez des gastro-entérites plus ou moins intenses survenir plus ou moins tardivement.

Cette méthode du lait pur dès le début de la vie va, je le sais, à l'encontre de l'opinion d'un grand nombre. Si elle effrayait certains esprits, je conseillerais à ceux-ci d'essayer du lait coupé au quart, à peu près suffisant pour la plupart des enfants âgés de 4 à 5 mois au plus. Mais, qu'on le sache bien, ce lait, ainsi coupé, sera tout à fait insuffisant pour beaucoup d'enfants, surtout pour ceux qui sont nés chétifs, doués d'un faible organe gastro-intestinal et d'un fort appétit; par conséquent, ces enfants se développeront moins bien qu'avec du lait pur et quelques-uns seront atteints de gastro-entérite parfois mortelle. Après l'âge de 4 à 5 mois, tous les enfants doivent être nourris au lait pur, sous peine d'être plus ou moins atteints dans leur santé et leur développement. Certes, le lait coupé n'est pas la seule cause de gastro-entérite. Des laits mal soignés, bus dans des biberons malpropres et chargés de microbes, sont nocifs sans contredit. Mais en donnant du lait stérilisé on n'aura résolu que la moitié, la plus petite moitié de la question ; il faut donner du lait stérilisé, mais pur ; et, si j'en crois mon expérience, le lait stérilisé coupé est plus nuisible que le lait pur non stérilisé, donné toutefois dans des biberons propres, à tube ou non. Donc il faut donner le lait pur dès les premiers jours; mais, de plus, il faut le donner dans de bonnes conditions, qui peuvent se résumer ainsi : ne pas faire durer les tétées plus de 7 à 8 minutes; espacer les tétées de 2 heures au minimum ; ne jamais donner du lait à un enfant qui n'en demande pas. Le seul inconvénient du lait pur, c'est d'amener parfois la constipation que l'on combattra d'ailleurs facilement par des moyens appropriés. Quand il s'agit de soumettre au lait pur un enfant qui a été nourri un certain temps au lait trop coupé, on peut, en général, le faire brusquement, si l'enfant n'a pas dépassé 2 à 3 mois. S'il est plus âgé, il faut établir le régime du lait pur progressivement en une ou plusieurs semaines, suivant les cas. Si on allait trop vite, on obtiendrait des vomissements, les voies digestives ayant pris une certaine habitude du lait coupé. Quelques enfants même, trop longtemps nourris au lait coupé, ne peuvent jamais supporter le lait entièrement pur ; il faut le couper légèrement, au cinquième par exemple.

ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS. — Une commission chargée d'élaborer un projet de règlement de comptabilité pour l'administration générale de l'Assistance publique de Paris, vient d'être créée et est ainsi constituée : Président, le préfet de la Seine : MM. Bruman, secrétaire général de la préfecture de la Seine ; Coutard, inspecteur des finances ; Fichet, directeur des finances de la préfecture de la Seine ; Gory, inspecteur de l'Assistance publique de Paris ; Le Conte, conseiller référendaire à la Cour des comptes ; André Lefèvre, conseiller municipal de Paris ; Lucipia, président du Conseil municipal de Paris; Marescot du Thilleul, receveur de l'Assistance publique ; Mastier, directeur de l'administration départementale et communale au Ministère de l'Intérieur ; Henri Monod, directeur de l'Assistance et de l'hygiène publiques au Ministère de l'Intérieur ; Morgand, chef de bureau au Ministère de l'Intérieur; Mourier, maître des requêtes au Conseil d'État ; Dr Napias, directeur de l'Assistance publique de Paris; Ogier, inspecteur général des services administratifs du Ministère de l'Intérieur; Paget, chef de bureau au Ministère de l'Intérieur; De Pontich, inspecteur général des services administratifs et financiers de la préfecture de la Seine ; Rebeillard, conseiller municipal de Paris ; Risler, membre du conseil de surveillance de l'Assistance publique ; De Veullefroy, inspecteur des finances.

ÉLECTROTHÉRAPIE

Un cas de lupus tuberculeux de la fesse guéri par l'effluve et l'étincelle statique induits. Présentation du malade.

Par M. E. ALBERT-WEIL.

Le 13 mai de l'an dernier, je vous ai présenté une malade atteinte d'ulcérations scrofulo-tuberculeuses de la peau, que mon procédé de traitement par l'effluve et l'étincelle statiques induites, avait considérablement améliorée.

A la suite de cette présentation, notre éminent collègue, M. le Dr Ladreit de la Charrière voulut bien m'adresser, pour que je le soumette au même traitement, un jeune homme atteint d'un lupus tuberculeux de la fesse en pleine phase d'accroissement, malgré les interventions les plus variées, prolongées pendant de longs mois ; actuellement ce jeune homme est complétement guéri, ainsi que vous pourrez en juger par vous-mêmes. Je ne vous exposerai pas les propriétés du courant de l'effluve et de l'étincelle statiques induits, et la manière de les obtenir avec une machine statique munie de condensateurs. Je l'ai expliqué suffisamment, en diverses notes, à l'Académie de Médecine, le 7 juin 1898 (Bulletin, 1898, p. 660), à la Société française d'électrothérapie (Bulletin de la Société, 1898, n° d'avril ; Bulletin, 1899, n° de mai) ; au Congrès de Boulogne (18 septembre 1899), et ici même, le 28 janvier et le 13 mai 1899. Je rappellerai seulement que l'étincelle et l'effluve statiques induits dont l'étincelle et l'effluve qui se dégagent de la chaîne de l'armature externe du condensateur suspendu au pôle négatif d'une machine statique, quand on approche cette chaîne terminée par une électrode appropriée d'une partie cutanée quelconque d'un malade non isolé, quand l'étincelle éclate entre les boules polaires et que la chaîne de l'autre condensateur est en contact avec la terre ; je rappellerai également que, grâce à mes nouveaux appareils, le rhéostat que j'ai présenté à la Société d'électrothérapie, et d'électrode, que j'ai présenté au Congrès de Boulogne, on peut appliquer les courants statiques induits loin des machines génératrices, et aussi bien sur les téguments qu'au fond des cavités naturelles.

Le sujet qui fait l'objet de cette communication m'a été adressé le 23 mai 1899. Il est né le 28 avril 1882. Son père est mort, il y a neuf ans, des suites d'une affection aortique. Sa mère qui avait toujours été assez bien portante, tousse depuis deux ans environ, et est en ce moment dans un état de bacillose assez avancé. A l'âge de trois ans, il eut la rougeole, puis la coqueluche ; à l'âge de neuf ans, il était à souffrir de végétations adénoïdes dans la gorge, et à onze ans, de polypes dans le nez ; ce fut là ses seules maladies, antérieures à celle pour laquelle j'ai eu à le traiter.

La lésion actuelle de la fesse a débuté, quand il avait onze ans, et consistait, à cette date, en un simple bouton rouge qui pelait constamment. Ce bouton fut brûlé à la pâte de Vienne ; cette intervention ne l'empêcha pas de reparaître; il se mit à croître (avec assez de lenteur il est vrai), malgré un nombre considérable et très varié d'emplâtres et de topiques dont on le recouvrit successivement.

Au mois d'août 1898, l'accroissement, au lieu d'être lent, devient très rapide : la surface de la lésion doubla presque en un mois de temps. Désireux d'arrêter cette

marche envahissante, le malade se rendit à ce moment à l'hôpital Saint-Louis ; et il y fut soigné, successivement, par des pansements résorcinés, des emplâtres, des piqûres d'une certaine tuberculine, et enfin par des scarifications et des applications d'emplâtre de Vigo. Tous ces traitements n'amenèrent nullement la régression de la lésion, si bien qu'au mois de mai 1899, quand, après s'y être soumis six mois durant, il renonça au traitement de l'hôpital, cette lésion de la fesse était à peu près dans le même état qu'au moment où ce traitement avait été entrepris en novembre 1898. Le malade vint alors me consulter sur le conseil de M. Ladreit de la Charrière qui s'intéressait à lui. Lors de mon premier examen le 23 mai 1899, je constatai au-dessous du pli fessier droit une plaque ovalaire s'étendant obliquement, de haut en bas et de dehors en dedans. Son plus grand diamètre avait 7 centimètres et l'autre diamètre, perpendiculaire en son milieu, en avait 2 1/2. Cette plaque était uniformément, d'un rouge violacé, très foncé, lisse sur les parties latérales, où la peau saine se continuait insensiblement avec les parties malades. Au milieu, la peau était très rugueuse et infiltrée. La moitié inférieure était plus malade que la partie supérieure ; dans un espace d'une grandeur d'une pièce de deux francs environ, existaient des croûtes fort épaisses et de nombreux tubercules. La lésion était manifestement un lupus tuberculeux. Je fis immédiatement une effluvation avec une électrode à manchon de verre, suivie d'une pluie d'étincelles avec une électrode métallique pendant environ sept à huit minutes.

Depuis le 23 mai jusqu'au 1er septembre 1899, je fis à peu près quotidiennement (sauf le dimanche) des séances analogues, en prescrivant de temps en temps, dans l'intervalle des séances, des applications d'emplâtre rouge de Vidal, dans le seul but, d'ailleurs, de faire tomber les croûtes; chaque séance était suivie d'une assez vive réaction inflammatoire ; toute la lésion enflait, mais cette congestion ne se présentait que quelques heures. Dans les premières séances, les croûtes se reproduisent en bien moins grande abondance et devinrent moins adhérentes ; toute la surface s'affaissa et l'infiltration devint moins considérable. Au commencement de septembre, toute la moitié supérieure était complètement guérie; la peau était lisse, mince, rose plutôt que rouge, sans croûtes et sans squames; la moitié inférieure, dans sa portion la plus intense, se recouvrait encore rapidement de croûtes et on y voyait quelques tubercules. Après une interruption de quelques jours, pendant lesquelles la lésion resta stationnaire, je repris le traitement, mais en modifiant ma manière de faire; je renonçai à l'effluve pour n'employer que l'étincelle rendue très supportable, grâce à l'interposition de mon rhéostat au milieu de la chaîne de l'armature externe, du condensateur suspendu au pôle négatif de la marche statique, et l'emploi de mon électrode à fourreau de verre. Je fis, depuis le 24 septembre, des séances à peu près quotidiennes avec cette nouvelle technique. L'amélioration fit alors des progrès beaucoup plus rapides; et le 15 novembre, toute la surface primitivement malade était, plane, lisse, sans tubercules ; il persistait seulement à la partie inférieure et externe une petite croûtelle grande comme un demi-pain à cacheter, et en cet endroit la peau restait très légèrement infiltrée. Je continuai des séances, à peu près quotidiennes, mais je me bornai à tirer des étincelles de la petite surface croûteuse, m'abstenant totalement de toute intervention, sur les autres parties primitivement malades : la croûte qui tombait quand le malade prenait un bain se reproduisait mais avec une très grande lenteur.

Vers le 20 décembre j'eus l'idée que c'était moi-même qui, répétant tous les jours un flux d'étincelles pendant 10 minutes environ, déterminait une inflammation suivie d'une desquamation ; j'essayai, en effet, de tirer des intincelles suivant la même technique sur un endroit sain de la peau du malade : le tégument rougit fortement et desquama légèrement après la séance. Je renonçai dès lors à toute intervention. Huit jours après, il n'existait plus de craintes et la lésion présentait absolument le même aspect qu'aujourd'hui.

La peau a repris sa consistance normale, elle est mince et absolument dépourvue de croûtes ou tubercules; son aspect rosé et un peu lisse décèle seulement qu'elle a été le siège d'une affection chronique. Je crois donc que j'aurais pu, dès le 1er décembre 1899, renoncer à appliquer les étincelles statiques induites à mon malade et que la guérison était déjà complète à cette date.

Cette guérison a donc été obtenue en un temps relativement court; d'autant plus que dans ce cas particulier, toutes les autres médications et interventions avaient échoué; ce fait est donc une démonstration péremptoire de l'efficacité dans le lupus tuberculeux de ma méthode de traitement par l'effluve et l'étincelle statiques induits, méthode dont j'avais pu déjà apprécier la valeur dans divers cas d'eczéma, d'herpès, de dermatites médicamenteuses, de furonculose et de prurit essentiel.

J'ajouterai que depuis un mois je soigne, par le même procédé, un homme atteint depuis dix-huit ans de lichen névrodermique de la face postérieure de la cuisse, et que le résultat actuel, tant au point de vue symptomatique qu'au point de vue anatomique, est déjà des plus satisfaisants.

Distinctions honorifiques. — La décoration du mérite agricole a été conférée aux personnes ci-après désignées : ont été nommés au grade de chevalier du *Mérite agricole* : MM. Châtelain, docteur en médecine à Paris ; Damain, docteur en médecine à Paris, chef du laboratoire de bactériologie; Force, médecin-vétérinaire à Nemours; Géhé, docteur en médecine à Toulouse ; Gimié, docteur en médecine à Quarante (Hérault); Hommey, médecin à Sées (Orne); Jean, docteur en médecine à Roufflac (Charente-Inférieure); Morin, docteur en médecine à Paris, adjoint au maire du 1er arrondissement; Cordier, pharmacien à Paris; Defrance, pharmacien à Toucy (Yonne); Goulard, pharmacien à Nogaro (Gers). Hippolite, pharmacien à Mont-de-Marsan (Landes); Mallet, pharmacien à Guéret (Creuse).

École de Médecine de Rennes. — Un concours s'ouvrira le 17 septembre 1900 devant l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie et d'histologie à ladite école. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Service de santé des Colonies. — Ont été nommés à l'emploi de médecin stagiaire des colonies les médecins auxiliaires de 2e classe de la marine dont les noms suivent : MM. Bourges, Chanaud et Gallet de Santerre.

Empoisonnement par des farines altérées. — Les *Débats* annoncent qu'après de longues recherches on a découvert la cause de l'empoisonnement constaté à Quero, en Espagne. On avait cru d'abord qu'un puits avait été empoisonné ; mais l'analyse de l'eau a établi que ce soupçon n'était pas fondé. Une analyse de la farine y fit découvrir du plomb. Les médecins ordonnèrent alors une enquête des moulins, et l'on constata la présence de plomb dans les meules ; c'est ce plomb qui avait provoqué l'empoisonnement des farines.

Médecins experts des tribunaux. — L'article 1er du décret du 21 novembre 1893 est modifié ainsi qu'il suit : « Au commencement de chaque année judiciaire et dans les trois mois qui suivent la rentrée, les cours d'appel, en chambre du conseil, le procureur général entendu, désigne sur les listes de proposition des tribunaux de première instance du ressort, les docteurs en médecine à qui elles confèrent le titre d'expert devant les tribunaux. »

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'enseignement de la Médecine légale dans les Facultés de Médecine de France (1).

§ III. Faculté de Médecine de Lyon.

Cet enseignement est donné aux étudiants en médecine et aux étudiants en droit. Nous nous occuperons surtout des premiers. La médecine légale doit être enseignée en un an : elle se divise naturellement en deux parties, une *médecine légale générale* (des droits et des obligations du médecin dans la société et devant la justice, questions pouvant se présenter dans toute procédure et relatives à la personne vivante : âge, sexe, état civil, identité, responsabilité, questions relatives à la mort, au cadavre, aux taches et aux empreintes), une *médecine légale spéciale* (coups et blessures, asphyxies diverses, empoisonnements, questions relatives à l'instinct sexuel et aux fonctions de reproduction. Le professeur et son chef de travaux traitent chacun à leur tour l'une ou l'autre de ses parties.

Disons de suite que cet enseignement théorique est heureusement complété par un *enseignement pratique* auquel est fait une part de plus en plus large. Nous avons par an, en moyenne, de 80 à 100 autopsies ou levées de corps. C'est peu et cependant nous tirons de là de nombreux matériaux. D'abord, comme nous avons chaque année au moins une autopsie de pendu, de noyé, d'asphyxié par les vapeurs de charbon, etc., etc., nous exposons systématiquement au début de la séance les données scientifiques, les résultats dits anatomo-pathologiques et que nous dénommons thanatologiques, les règles de l'expertise. Il paraît donc inutile de répéter ces chapitres de la médecine judiciaire dans le cours théorique.

Si l'autopsie ne peut être pratiquée, le professeur indiquera la marche à suivre pour procéder à la levée de corps et étudier toutes les constatations indispensables à faire à l'effet de répondre à la question le plus souvent posée : *est-ce un suicide, un accident, un crime?*

Pour permettre à l'élève de suivre avec profit ces différentes opérations, nous distribuons nos *feuilles de rapports*, qui sont comme un formulaire apprenant à dresser convenablement cet acte médico-légal important qui s'appelle *le rapport*. Il n'y a rien de plus indispensable, de plus utile à l'étudiant destiné à devenir expert, que de s'habituer à ce protocole du médecin-légiste.

Les autopsies ou nos expertises en qualité d'experts nous fournissent des matériaux pour les travaux pratiques. Ceux-ci consistent en recherches médico-légales sur les *taches* (taches de sang, emploi du spectroscope ; taches de sperme (procédé du Pr Florence) ; taches de méconium, matières fécales, etc. ; recherches des gonocoques ; les *empreintes* ; opérations pour les différentes *docimasies* (hydrostatique des poumons, otique, hépatique) ; étude de *différents procédés d'embaumement ; anthropologie et anthropométrie* (mensuration des os longs et reconstitution de la taille, relevé des indices et des différents procédés craniométriques). Sous la direction du chef des travaux, et par séries, les élèves, une fois par semaine, sont exercés aux recherches dont nous venons de parler.

Un autre *enseignement pratique*, et qui nous paraît spécial à la Faculté de Médecine de Lyon, est celui qui est fait dans les *musées* du laboratoire de médecine légale.

Le *laboratoire de médecine légale* se compose d'un rez-de-chaussée et d'un premier étage : 1° Au rez-de-chaussée se trouve une grande salle, *salle Chaussier*, qui est le laboratoire des élèves et dans laquelle ont lieu les travaux pratiques : elle renferme une importante collection de crânes, don de la veuve de M. le Dr Duchêne, les différents appareils nécessaires aux mensurations anthropologiques, les microscopes et la provision de verrerie. Il y a ensuite le cabinet du chef des travaux, aménagé pour les *recherches spectroscopiques*, une salle-vestibule où les étudiants peuvent déposer coiffures et paletots et dans laquelle il y a une hotte avec cheminée d'appel destinée à quelques opérations chimiques. Plus loin est la *salle d'autopsie*, l'*amphithéâtre Tourdes*, où cent élèves peuvent prendre place, debout, sur des gradins étalés en éventail ; au centre, le cadavre est placé sur une table tournante, munie d'eau et de gaz, à côté, des balances, des lavabos, une table-bascule donnant le poids du corps. Un ascenseur sert à faire descendre les corps autopsiés dans le sous-sol (1).

2° Au premier étage ont été installés le *musée de médecine légale* et le *musée d'anthropologie criminelle*. Le premier a été reconstitué par ce que nous avons recueilli, au fur et à mesure des expertises judiciaires confiées au professeur de médecine légale ou à son chef des travaux. Ce sont de nombreuses pièces anatomiques ou autres qui constituent une collection précieuse pour l'enseignement médico-judiciaire des médecins et des magistrats.

Une salle spacieuse renfermant des vitrines largement éclairées dans lesquelles on a rangé avec méthode les bocaux, pièces anatomiques, pièces à convictions, etc. Il y a là la synthèse de toutes les affaires médico-judiciaires de la région lyonnaise pendant ces vingt dernières années. Une vitrine contient toute une série de pièces relatives au fœtus, au nouveau-né : squelettes d'embryons à divers âges ; pièces avec blessures variées dans des cas d'infanticide (fracture du crâne, coups d'ongle sur les téguments, etc.) ; cordons ombilicaux sectionnés ou déchirés ; cas de mutilation et de dépeçage ; instruments ou objets divers employés par les avorteuses ; enfin, une série de crânes et de squelettes d'enfants dont les âges et les sexes sont connus et qui sont là comme des pièces étalons.

Une seconde vitrine montre une importante collection de monstruosités : fœtus, nouveau-nés, préparations sèches, dessins et photographies de monstres adultes, d'hermaphrodites. Un ensemble qui permet d'étudier les questions de viabilité, de sexe, etc. Une troisième vitrine renferme des crânes provenant de morts accidentelles, suicides ou crimes. Il y a une série des plus instructives sur les fractures par chute d'un lieu élevé, par coups de hache, de marteau, de bâton, etc., de perforations par coups de couteau, instruments pointus, coups de feu et surtout par coups de revolvers. En même temps, on peut voir un ensemble de projectiles (balles ou plombs) et de cartouches de toute dimension.

Dans la quatrième vitrine, on a réuni toutes les pièces relatives aux questions d'identité recueillies sur le squelette ou sur la peau (marques professionnelles).

Dans d'autres vitrines on a collectionné la plupart des armes (couteaux, poignards, stylets, tirepoints, haches, canifs, marteaux, instruments contondants variés, revolvers, pistolets, projectiles déformés) recueillis à propos de chaque affaire. On a rassemblé tous les liens divers, cordes ou autres, pris dans des cas de pendaison ou de strangulation. Un meuble spécial à tiroirs, sorte de cabinet, renfer-

(1) Voir le numéro précédent, p. 105.

(1) Les autopsies des cadavres non reconnus ont lieu à la *Morgue*. Nous ne dirons rien de cet établissement — sorte d'habitation lacustre — destiné à disparaître et qui sera réédifié bientôt (?) dans des conditions meilleures et plus dignes.

me des *préparations microscopiques*, des cheveux, des poils de provenance variée, des linges avec taches suspectes, de sang, de sperme, de pus divers, de sang de règles, de lochies, de méconium. Il y a une armoire contenant la plupart des poisons, une autre présentant dans des bocaux les baies ou fruits, les graines toxiques.

La vitrine centrale est la plus importante, c'est celle des coups et blessures, des poisons. Ce sont des pièces sèches ou conservées dans l'alcool, dans le formol. Il y a les blessures par instruments piquants et tranchants, par corps contondants quelconques, par coups de feu. On se rend compte ainsi des blessures de la peau, du tissu osseux, des lésions sur les organes tels que le cœur, les poumons, le cerveau, le foie, les reins, les intestins, etc. L'action du lien constatée, dans la pendaison, sur l'os hyoïde et le larynx est représentée par de nombreuses pièces. Il y a quelques estomacs ou autres organes montrant l'action de certains caustiques.

Enfin une collection entomologique de « travailleurs de la mort » les résultats d'une crémation, et dans une grande cage de verre, un cadavre transformé en adipocire après un séjour de deux années dans la Saône.

Nous aurons donné une idée suffisante de ce musée en ajoutant qu'il contient un très grand nombre de spécimens d'empreintes variées, de photographies de scènes de crimes, des échantillons de plantes toxiques indiquant le port du végétal avec ses fleurs et feuilles, et un tiers de la collection de Gall, moules en plâtre de têtes de personnages ou reproduction de bustes donnée à l'ancienne Ecole de Médecine par le Dr Imbert qui avait épousé la veuve de l'illustre phrénologue qui fut aussi, d'après nous, un très grand neurologiste.

Près de ce musée est le cabinet du préparateur et à côté celui du professeur. Au même étage, se trouve un long couloir rempli de cartes, de graphiques et de photographies translucides, lequel donne accès au cabinet d'expertises et au musée d'anthropologie criminelle.

Plus de 30 cartes représentant la *géographie criminelle* de France. Tout crime est étudié à part, par période de 14 années, de 1825 à 1880 au moyen de teintes variées et de plus en plus foncées de chacun des départements.

Les *graphiques* indiquent pour chaque crime sa marche ou son évolution, année par année; ils montrent l'influence de l'âge, du sexe, de la profession. Nous avons même fait voir la répartition saisonnière des crimes, en mettant sous les yeux les matériaux qui ont servi à établir un calendrier de la criminalité.

Telles sont les bases d'*études de statistique criminelle*, aussi nécessaires au médecin légiste qu'à l'homme de loi.

Nous donnons une grande importance aux constatations anthropométriques. Nous possédons deux magnifiques séries de photographies indiquant les particularités du visage, de l'oreille, etc., d'après le système de M. Alphonse Bertillon. Cette admirable collection avait été envoyée par la Préfecture de police à l'exposition de Chicago et plus tard à l'exposition de Lyon en 1894. Le Conseil municipal de Paris a bien voulu en faire cadeau au laboratoire de Médecine légale de Lyon. Nous avons pu nous procurer, grâce à l'autorisation de M. le Préfet de Police, une série de photographies, grandeur naturelle, représentant les principales déformations professionnelles de la main.

L'anthropologie criminelle est spécialement représentée par le moulage en platre de la tête des principaux décapités de Lyon et de Paris, seize crânes de suppliciés, trois squelettes complets et une collection probablement unique de près de quatre mille *tatouages*. Il faut aussi mentionner les observations anthropométriques de 800 hommes criminels.

Tels sont les nombreux matériaux qui sont mis à la disposition des élèves et dont on n'a pas encore tiré tout le parti possible.

Dans le *cabinet d'expertises*, où les élèves n'ont pas accès, le professeur étudie comme expert les pièces à conviction diverses, vêtements ou autres qui lui sont confiés pour la justice. C'est dans ce cabinet, que l'on a pu réunir la plupart des diplômes de Gall, qu'un heureux hasard a conduit dans les mains du professeur de médecine légale, son sincère admirateur.

Pour terminer l'exposé du côté pratique de cet enseignement, nous dirons que les élèves, grâce à l'autorisation de M. le Préfet, sont conduits, par séries, à la prison Saint-Paul ou ils voient fonctionner le *service anthropométrique* et se rendent compte des grands services rendus par le « Bertillonnage ».

Pendant le service d'assises, lorsque le professeur de médecine légale ou le chef des travaux, experts ordinaires du Parquet, ont à déposer devant la Cour, l'affaire est présentée aux élèves, on rappelle, s'il y a lieu les constatations de l'autopsie ou les recherches ayant conduit à certaines conclusions, le rapport est discuté. Le lendemain une série d'élèves est admise, grâce à la bienveillance do M. le Président d'assises, pour assister à la déposition de l'expert médical. L'élève peut ainsi apprécier la différence entre le rapport écrit et la déposition orale, il entend les objections qui sont faites, les questions posées de l'un ou de l'autre côté de la barre. Il s'initie ainsi à toutes les phases de la mission de l'expert, depuis l'autopsie, et la rédaction du rapport jusqu'à l'exposé devant un tribunal.

Il est enfin nécessaire de dire que nous avons à la disposition des élèves une *bibliothèque médico-légale* qui est alimentée surtout par les échanges faits avec les *Archives de l'anthropologie criminelle et des Sciences pénales*, fondées en 1886, dans lesquelles se trouvent la plupart des travaux de l'*Ecole lyonnaise médico-légale*.

A. Lacassagne.

L'épidémie dans les lycées. La Maison de Santé scolaire.

Le public vient de s'émouvoir à juste titre de l'état sanitaire des lycées de l'Académie de Paris. Outre l'influenza qui sévit en ce moment, dans tous les établissements, les cas de fièvre typhoïde ont été des plus graves, entraînant la mort de plusieurs jeunes gens.

On a évacué le lycée, on va désinfecter les locaux, et puis, dans ces vieux bâtiments saturés par des siècles d'humidité, on remettra les élèves, jusqu'à ce qu'une nouvelle épidémie les en fasse sortir. C'est le cas du lycée Saint-Louis qui, il n'y a pas encore très longtemps, a fait parler de lui. Il serait temps pourtant d'entrer dans une phase nouvelle : supprimer les lycées d'internes dans Paris et les établir au milieu de notre ravissante banlieue. Ce projet coûterait beaucoup d'argent, changerait bien des habitudes, mais serait le seul vraiment pratique. En attendant, le plus pressé serait de réorganiser les infirmeries des lycées et de créer, à proximité, un établissement spécial prêt à recevoir les jeunes malades douteux, ou atteints de maladies susceptibles d'être contractées par leurs camarades.

En 1884, nous présentions à la *Société pour l'étude des questions d'enseignement secondaire*, dont nous faisons partie, un rapport publié par le journal l'*Université*

et par la *Revue scientifique*. Dès cette époque, nous nous attachions à démontrer le danger qui existait, en temps d'épidémie, pour les agglomérations d'enfants confinés dans des lycées et collèges, généralement trop à l'étroit. Aussi a-t-on réservé, dans presque tous les établissements de l'Etat, des salles isolées, spéciales aux maladies contagieuses.

Comme nous le disions encore, cette prudente mesure nous semble bien insuffisante. Cet *isolement* dans un appartement trop exigu nous paraît seulement retarder la contagion, mais non l'entraver. Dans nos lycées, malgré la science des médecins qui y sont attachés et dont les observations sont toujours lettre morte contre l'administration, les domestiques, infirmières, infirmiers ou sœurs employées vont et viennent partout, et sont en contact perpétuel avec la population scolaire, constituant ainsi un danger permanent pour tous ceux qu'ils approchent, lorsqu'ils soignent un malade contagieux. Malgré l'isolement relatif des jeunes malades, les personnes chargées de leurs soins n'étant pas elles-mêmes complètement isolées, apportent nécessairement avec elles le mal qu'elles ont été chercher dans l'endroit où, de prime abord, il semble relégué et le propagent aux enfants qui, sous le prétexte le plus futile, viennent chaque jour à l'infirmerie réclamer un pansement anodin, ou bien l'huile de foie de morue, le quinquina ou autre médicament destiné à les réconforter.

Déjà, maintes fois, il a fallu faire évacuer certains lycées contaminés. Peut-on évacuer un lycée ou un collège complètement? A Paris et dans les grandes villes, cela est impossible. Lorsqu'une épidémie se déclare dans un lycée, les parents sont priés de reprendre leurs enfants. Certains ne peuvent le faire, en raison de leurs occupations ou de l'éloignement (beaucoup voyageant ou habitant aux extrémités de la France, aux colonies, à l'étranger). Les enfants de ces derniers restent toujours quand même dans la maison, car leurs correspondants se soucient bien rarement, surtout s'ils sont eux-mêmes pères de famille, de recevoir d'autres enfants pouvant faire contracter leur maladie chez eux.

Le Conseil municipal de Paris offre, aux malades pauvres des hôpitaux, un séjour momentané dans des maisons de convalescence aux environs de la capitale. Elle possède aujourd'hui, non seulement des pavillons, mais des hôpitaux de contagieux, ainsi que des hôpitaux marins et thermaux. Les militaires malades sont soigneusement isolés du quartier et envoyés à l'hôpital. A plus forte raison, l'administration qui régit nos lycées nationaux ne doit-elle rien négliger pour le bien-être de nos enfants destinés à peupler nos grandes écoles, et amenés à devenir plus tard l'élite de la société française.

Le nombre des jeunes malades contaminés, nous dira-t-on, n'est pas considérable. Cela est vrai, mais est-ce une raison pour laisser s'étioler lentement des enfants qui ne demandent qu'à croître au point de vue physique et moral? Est-ce une raison pour laisser libre cours à la névrose envahissante chez les jeunes sujets que l'instruction publique *doit* rendre instruits et robustes à la Société, et non pédants et débilités?... Un devoir s'impose à M. le Ministre de l'Instruction publique, c'est de faire pratiquer dans ses établissements les règles de l'hygiène la plus absolue, c'est de créer dans les environs si pittoresques et si salubres de Paris, une maison de convalescence et une infirmerie générale commune à tous les lycées d'internes de la capitale, y compris Versailles, création qui offrirait aux parents une sécurité absolue qui augmenterait la confiance de ceux qui envoient leurs enfants dans les lycées et collèges de la République.

La Commission d'hygiène que la Chambre vient de nommer est toute indiquée pour s'occuper de cette question. Nous y comptons nombre d'amis. C'est à eux que nous dédions cet article en les invitant à en prendre bonne note.

Albin ROUSSELET

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 17 *février* 1900. — PRÉSIDENCE DE M. KAUFFMANN.

M. LOUIS RÉNON a observé, chez un Français de l'Oise, habitant Paris, des kystes hydatiques multiloculaires (alvéolaires) de la plèvre et du poumon droits; la maladie avait évoluée comme un pyopneumothorax, et n'avait pas été reconnue pendant la vie. Le poumon droit, rétracté et atélectasié, renfermait une tumeur dure, cartilagineuse, bosselée, formée de masses agglomérées; une deuxième dans la plèvre diaphragmatique, une troisième dans la plèvre médiastine. Chaque tumeur était composée de kystes d'égale grosseur; les plus volumineux au centre, entourés de kystes de plus en plus petits. Les plus gros contenaient un liquide transparent et une hydatide normale; les plus petits étaient remplis d'hydatides repliées en corps gélatineux gluants et transparents. On trouva quelques crochets. Une hydatide rompue dans la cavité pleurale droite au milieu d'une collection de pus fétide renfermant le *proteus vulgaris*, des membranes d'hydatides fertiles nageaient dans le liquide. Ce serait là le premier fait d'échinocoque alvéolaire observé chez un Français, cette variété parasitaire étant observée fréquemment dans l'Allemagne du Sud et la Suisse. MM. Railliet et Monod l'ont décrit chez les animaux en 1898.

MM. LABADIE-LAGRAVE, BOIX et NOÉ publient *leurs recherches sur la toxicité urinaire et l'albuminurie*. De nos expériences entreprises au sujet de la toxicité urinaire dans ses rapports avec l'albuminurie, nous pouvons conclure qu'il n'existe aucun lien entre la présence et la quantité d'albumine constatée dans l'urine et le coefficient de la toxicité de cette urine, tant dans le mal de Bright que dans d'autres affections, tant chez un même malade que chez des malades différents. De plus le pronostic d'un mal de Bright ou l'état actuel d'un brightique doivent être jugés, non sur la présence, l'absence ou la quantité d'albumine, mais sur le coefficient de la toxicité urinaire.

M. LEBLANC (de Lyon) a observé quatre cas *d'ictère infectieux du chien* où il a rencontré un parasite particulier : le *péroplasma canis*. Il est probable que ces hématozoaires ont un rôle actif important, sinon exclusif dans la pathogénie de la maladie.

M. RABIAUX (de Lyon) a fait des expériences avec la septicémie hémorragique observée par lui chez le canard et la poule. Il a pu la transmettre directement, soit avec des cultures pures de la bactérie isolée, soit avec des produits virulents recueillis sur les cadavres du canard, de la poule, du pigeon, du lapin, du cobaye, du rat blanc et du chien. Ces inoculations positives empêchent de considérer ce microbe comme dérivant d'une virulence spéciale et spécifique pour certaines espèces animales.

M. PEGOT décrit un parasite particulier à la grenouille rousse, le polystenium intergerrinum dont il étudie les caractères morphologiques et biologiques.

M. GELLÉ continue l'exposition de ses recherches sur les mouvements de l'air respiré pendant l'émission des voyelles.

M. TERRE (de Dijon) étudie l'histolyse du corps adipeux chez l'adulte. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 20 février 1900. — Présidence de M. le Pr Panas.

La peste en Chine.

M. Laveran présente un travail de M. Matignon. Ce travail signale de nouveaux foyers de peste en Mandchourie et en Mongolie.

La désinfection après la rougeole.

M. Vallin appelle l'attention sur la progression constante de la mortalité par la rougeole à Paris. En 1899 le chiffre des décès a atteint 904. Le contage est d'autre part plus tenace qu'on ne le supposait jusqu'ici. La désinfection obligatoire serait donc très utile.

Lymphatiques de l'estomac.

M. Cunéo étudie minutieusement ces lymphatiques. Il montre les rapports des lymphatiques du pylore et de la petite courbure. Cette disposition explique la tendance du cancer du pylore à envahir la petite courbure. L'intégrité du duodénum tient surtout à l'absence de continuité de la sous-muqueuse gastrique et de la sous-muqueuse duodénale. La conclusion pratique, au point de vue chirurgical, c'est que dans le cancer du pylore on doit enlever en bloc, en même temps que la tumeur, le groupe des ganglions de la petite courbure.

Psoriasis et opothérapie.

M. le Pr Petrini (de Galatz) rapporte une observation de psoriasis vulgaire à peu près généralisé, chez un sujet de vingt-deux ans, et qui a guéri par l'emploi *exclusif* de capsules de corps thyroïde. Le malade en prit, en tout, 543, contenant chacune 0 gr. 10 de corps thyroïde. On commença par deux capsules *pro die* pour arriver progressivement à dix. Il n'y eut ni vertiges, ni nausées, ni frissons, ni fièvre, ni tachycardie. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 16 février 1900. — Présidence de M. Troisier.

Anévrisme latent de l'aorte thoracique.

M. Huchard a observé un malade atteint d'un anévrisme de l'aorte thoracique qui passa longtemps inapperçu. Ce malade offrait comme signes des douleurs de névralgies intercostales très vives dans les neuvième et dixième espaces du côté gauche. M. Huchard remarqua, dans un examen soigneux, des battements anormaux et un léger mouvement d'expansion qui lui firent porter le diagnostic d'anévrisme, le malade étant syphilitique. La radiographie a du reste vérifié le fait. Dans un autre cas, M. Huchard découvrit un anévrisme de l'aorte abdominale, son attention ayant été attirée par des douleurs crurales des plus rebelles.

M. Rendu confirme les observations de M. Huchard par deux faits analogues. Un officier, atteint de névralgie persistante, passait pour emphysémateux et pour pleurétique. Le malade avait, d'un seul côté, de la suppression du murmure vésiculaire et la respiration plus forte de l'autre côté. M. Rendu en conclut à la compression d'une bronche par un anévrisme. La suite vérifia le diagnostic, le malade mourut subitement d'une rupture. Dans un autre cas, le sujet était une dame, dont les névralgies furent calmées par l'usage systématique de l'iodure de potassium.

M. Lion cite un cas semblable, vérifié par l'autopsie.

M. Hayem a soigné un médecin étranger qui, se croyant dyspeptique, était allé à Vichy. Ses douleurs gastralgiques ne furent pas améliorées et M. Hayem constata des signes indiscutables d'anévrisme. La mort rapide du malade paraît confirmer le diagnostic.

M. Rendu croit que la gastralgie, dans ce cas, est due à la compression de l'anévrisme au niveau des piliers du diaphragme.

M. Merklen rappelle qu'il a fait, l'an dernier, une communication sur l'utilité de la radiographie dans le diagnostic des névralgies thoraciques et des pleurésies.

M. Galliard cite un fait où un cancer de la colonne vertébrale, déterminant des névralgies, fut pris pour un anévrisme. L'autopsie fit constater l'erreur de diagnostic.

Botulisme.

M. Papillon présente des pièces histologiques provenant d'un malade mort à Beaujon d'intoxication alimentaire par un pâté de foie gras avarié. L'épithélium sécréteur du rein était atteint de nécrose intense et disséminée, comparable à celle du choléra ou de la diphtérie. Dans le foie, les altérations moins marquées et moins nombreuses que dans le rein. Les cellules sont altérées, surtout dans les régions sus-hépatiques, et contiennent assez fréquemment du pigment ocre autour du noyau.

M. Mosny demande si le malade était atteint de phénomènes nerveux. Il ne faut pas se hâter de conclure à une intoxication véritable, le plus souvent, on a affaire à une infection et non à une vraie intoxication. J. N.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 21 février 1900. — Présidence de M. Richelot.

M. Jalaguier à propos du procès-verbal de la dernière séance fait observer que le mot parappendicite n'a pas été créé par M. Quénu mais qu'il a été employé pour la première fois par MM. Monod et Vauverts pour désigner les lésions du tissu cellulaire consécutives à l'appendicite.

M. Richelot présente un rapport sur trois observations de M. Pauchet (d'Amiens). La première concerne une femme de 30 ans ayant une grossesse extra-utérine et opérée par M. Pauchet treize mois après le début. Le sac fœtal fut réséqué en partie, l'autre partie avec le placenta fut marsupialisée. Or, six mois après, le placenta était résorbé et la guérison complète. Le deuxième a trait à une occlusion intestinale avec péritonite généralisée chez une jeune fille de 15 ans. Au cours de l'opération, faite quinze jours après le début des accidents, M. Pauchet trouve des adhérences dans la fosse iliaque et dénude l'intestin sur une longueur de quinze centimètres. Devant l'impossibilité de faire une résection, les circonstances ne s'y prêtant pas, M. Pauchet fait une invagination du segment malade dans le bout sain. Guérison. Dans la troisième il s'agissait d'un kyste de l'ovaire très adhérent. Le petit bassin était rempli de fausses membranes et on fut obligé d'enlever l'utérus. Au cours de l'opération le côlon fut ouvert. Pour le réparer, M. Pauchet employa des restes de la poche qu'il sutura au-devant de la perte de substance.

M. Monod présente quelques observations au sujet de la première observation disant que la résorption du placenta est constante et couramment signalée.

M. Lucas-Championnière dit que le plus souvent même quand on voudrait enlever le placenta on ne le pourrait, que d'ailleurs la résorption se fait constamment.

M. Guinard se demande quelle est la conduite à tenir en face d'un placenta. Doit-on l'enlever ou le laisser? M. Pozzi prétend qu'on doit toujours essayer de l'extirper, mais M. Guinard a eu affaire à des hémorragies mortelles et pense que, dans certains cas, il faut le laisser s'atrophier.

M. Hartmann. — Il faut l'enlever quand on peut. Ceci dépend du lieu où il est inséré; quand il ne reçoit ses vaisseaux que de la trompe, le pédicule est facile à faire et à lier, mais quand le placenta a contracté des adhérences secondaires avec l'intestin, une vascularisation nouvelle s'est établie et, dans ce cas, l'extirpation est impossible sous peine d'hémorragies graves.

Des parappendicites.

M. Le Dentu rapporte l'observation d'une femme ayant, depuis quatre ans, des accidents gastro-intestinaux mal définis, pour lesquels on avait plusieurs fois diagnostiqué appendicite. A l'opération, on trouve au niveau de l'angle du côlon ascendant de la péritonite localisée avec un foyer purulent sous-jacent.

M. Schwartz fait un rapport sur une observation de péri-

tonite traumatique enkystée à la suite de rupture des voies biliaires, adressée par M. Imbert (de Montpellier). Il s'agissait d'un jeune homme de 16 ans qui, après un choc violent au niveau de l'hypochondre droit, vit se développer en ce lieu une tuméfaction fluctuante, dont la matité se continuait avec la matité hépatique et sans aucun trouble fonctionnel, ni vomissements, ni ictère. L'abdomen ouvert, la poche est trouvée remplie de liquide séro-sanguinolent (deux litres environ), sans cloisons, ni fausses-membranes. Fermeture et drainage. Vingt-quatre heures après, la mort arrive par péritonite généralisée, croit M. Schwartz. A l'autopsie, la poche est mieux examinée, et on fait l'examen microscopique d'un pigment de cette poche ainsi que d'un point de la face postérieure de la vésicule qui avait paru rouge et adhérent. Au microscope, les fibres musculaires sont rompues, mais réunies par un tissu conjonctif néoformé. Cette observation s'écarte du tableau clinique de la rupture des voies biliaires où prédominent les vomissements et l'ictère. M. Schwartz croit à une péritonite localisée et à une rupture incomplète des voies biliaires. Quant au traitement, il n'y a qu'une conduite à tenir : ouvrir et drainer.

Traitement des kystes hydatiques.

M. Monod n'a qu'une seule observation de fermeture sans drainage, où la guérison paraissait parfaite quinze jours après l'opération. Or, quelques jours après, il y avait suppuration.

M. Schwartz vient d'opérer un kyste hydatique du foie, où après avoir enlevé la membrane fertile en totalité, il a fermé sans drainage. Sur le conseil de M. Delbet, il n'a pas fait le capitonnage, car les parois s'accolaient parfaitement. La guérison s'est faite en trois semaines, sans incident. Schwartz.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Rédacteur spécial : M. le Dr Paul CORNET.

VI. — Ueber die subcutane Ernährung (*Alimentation sous-cutanée*) ; par Hugo Lüthje, assistant à la poli-clinique médicale de Marburg. (*Die Therapie der Gegenwart*, 1899, p. 220)

VI. — Des trois voies d'alimentation artificielle, *sonde, rectum et tissu cellulaire sous-cutané*, cette dernière est la plus récemment proposée et jusqu'ici la moins utilisée. Les premiers essais remontent à la fin du XVIe siècle (Menzelet Perko), puis viennent des études contributives, qui n'entrent pas dans le domaine pratique (Krueg, Pick, Witthaker, Touvenaint). C'est à Leube et ses élèves que revient le mérite d'avoir basé l'alimentation sous-cutanée sur une méthode scientifique et cliniquement utilisable. (1)

A vrai dire, le problème n'est pas encore résolu, car on n'a pu jusqu'ici injecter sous la peau, en quantité qui réponde aux besoins nutritifs, les trois groupes d'aliments primordiaux. C'est l'injection des *matières albuminoïdes* qui offre les plus grandes difficultés; il y a, ou inassimilabilité ou action toxique, car il manque sous la peau le système digestif avec ses sucs et ses éléments de résorbtion. Les albumines natives, comme la caséine, l'albumine, etc., ne peuvent subir la transformation en albumoses et peptones. Ces dernières substances ellesmêmes ne conviennent pas, à cause de leur action toxique (néphrite, albumosurie, etc.), dès qu'il en pénètre dans le sang en quantité notable. D'autres albumines ne peuvent être injectées soit par ce qu'elles provoquent des phénomènes inflammatoires, soit par ce qu'elles ne se prêtent pas à la condition *sine qua non* de la stérilisation.

Les *hydrates de carbone* ont donné de meilleurs résultats pratiques, mais non sans incovénients. C'est ainsi que les solutions concentrées de sucres ont, de l'avis de tous, une action très excitante, avec possibilité d'inflammation et d'abcès, malgré la plus minutieuse stérilisation. Müller a constaté sur lui-même, douleur vive et gonflement du tissu musculaire, après injection d'une solution de sucre à 10 0/0 ; de même Leube a vu de la nécrose, avec quelques centimètres cubes d'une solution à 20 0/0. Toutefois les recherches du médecin militaire Burghart, à la clinique de Leyden, permettent d'espérer que grâce aux anesthésiques (orthoforme, cocaïne) on pourra injecter sans douleur, comme l'a fait Burghart chez des malades insensibles ou soporifiés, des quantités relativement grandes de sucre de (50-100 grammes par jour), en solution à 12 et 15 0/0.

Mais les injections de *matières grasses* se sont montrées jusqu'ici, cliniquement, les mieux praticables. On peut introduire sous la peau de 80 à 100 grammes d'huile par jour. Or, la matière grasse a une valeur nutritive qui dépasse neuf calories par gramme ; elle est de plus en état, injectée sous la peau, d'entraver la désassimilation d'albumine normalement ou pathologiquement augmentée dans un organisme en état de faim. (Du Mesnil de Rochemont (1). Les meilleures huiles à injecter sont celles d'olives ou de sésame. On se sert d'une seringue de 10 c.c. bien stérilisée, qu'on pousse lentement, sans pression nouvelle.

VII. — Ueber die ambulante Behandlung der gonorrhoischen Nebenhodenentzündung (*Traitement ambulant de l'orchiépididymite blennorrhagique*); par le Dr Werler (de Berlin), spécialiste pour les affections de la peau. (*Therap. Monatsh*, août 1899, p. 429.)

VII. — Le traitement classique de l'épididymite blennorrhagique a toujours ses indications et sa valeur : suppression de toute injection, irrigation et sondage ; repos absolu et immobilisation de l'organe bien relevé et fixé ; emploi des antiphlogistiques et des résorbants; compression méthodique, en rapport avec la sensibilité. Mais il faut tenir compte du grand nombre de malades dont la profession s'oppose à un long séjour au lit, et qui redoutent l'épididymite, non pas tant pour la douleur qu'elle provoque et la fonction sexuelle qu'elle suspend, qu'en raison de l'impossibilité d'aller et venir et de satisfaire à des obligations professionnelles souvent impérieuses. Il y a en outre la crainte de trahir, par un repos forcé, le secret de la maladie.

Exposé de la méthode. — Le traitement ambulant supplée le plus complètement possible le traitement au lit, et a pour but de maintenir en fixation tranquille et permanente, d'immobiliser l'organe malade, sans empêcher les allées et venues. Tous les postulats sont remplis à l'aide d'un suspensoir, bien et solidement confectionné, qui immobilise les bourses tout en permettant de les protéger par de la ouate et des compresses, et aussi de les relever et les comprimer suivant besoin, grâce à un mécanisme de fixation. Le *suspensoir Langlebert* est, jusqu'ici, le type du genre. L'important est d'abord de bien envelopper la partie malade d'une couche égale de ouate, qu'on recouvre avec du papier de gutta-percha ou de batiste de Billroth : le tout est ensuite maintenu par le suspensoir, en plaçant pour cela le malade dans la position la plus commode. Par une bonne adaptation du suspensoir, le malade ne doit éprouver aucune douleur ni aucune gêne, et peut être très souvent, à son grand étonnement, marcher de suite dans la chambre, d'un pas rapide et sûr. Mais pour la garantie du succès, il est indispensable qu'au moins, pour la première fois, le médecin applique lui-même le suspensoir.

Valeur de la méthode. — D'après la statistique personnelle de M Werler, 75 0/0 des malades traités ainsi purent vaquer à leurs occupations, et 25 0/0 seulement furent justiciables du repos au lit. D'autres auteurs sont également favorables. Du Castel : « Les suspensions ouato-caoutchoutés permettent en général aux malades d'aller et venir. » Zinger écrit : « Peu de malades sont en état de passer au lit la période inflammatoire de leur épididymite, à cause du secret à garder. Le suspensoir-Horand Langlebert leur supprime la douleur, et leur permet de continuer leurs occupations, en faisant disparaître les phénomènes inflammatoires en quatre ou cinq jours, comme par le traitement horizontal. » Zürbringer (2), Joseph (3),

(1) Congrès de Med. interne, 1895, p. 418, *Koll, sub-cutane Ernährung*. 1897; *Leyden's Handbuch der Ernahrungstherapie*, 1 Bd. II Abtheitlung.

(1) *D. Arch. f. Klin. Med.*, Bd. LX, p. 474.
(2) *Die inneren Krank. der Harn-und Geschlectsorgane*, 1890, p 515.
(3) *Geschlechtskrankheiten*. 1896, p. 371

Letzel (1), Possner (2), Wolff (3), Lang (4), expriment des avis également favorables.

Contre-indications du traitement ambulant. — D'une façon générale, la méthode convient le mieux pour les cas normaux, de bonne nature, et sans complication sérieuse. Il faut au contraire la rejeter dans les circonstances peu communes, où par suite de symptômes neuralgiques extraordinairement vifs du côté de l'épididyme et du testicule, les moindres mouvements sont intolérables, et que même la pression du suspensoir n'est pas supportée. De même, en cas de *funiculite énorme* ou d'*hydrocèle* développée, en cas de *suppuration* de l'épididyme chez les *tuberculeux*, de complication de *péritonite*, de *prostatite aiguë* concomittante.

Traitement médicamenteux. — Dans la phase aiguë de l'épididymite, M. Werler combat les manifestations fébriles (frissons maux de tête, vertiges), par l'usage interne de salipyrine (1 gramme, trois fois par jour), ou encore et le plus souvent par le salicylate de soude (de 3 à 5 grammes par jour), de préférence en solution.

VIII. — Ueber den Einfluss verschiedener Nahrung auf die Absonderung der Magenssecrete, speciel der Salzsäure (*Influence de divers aliments sur la sécrétion gastrique, spécialement l'acide chlorhydrique*); par M. Schüle, privat-docent à Fribourg en Bavière. (*Therap. Monatsh.*, nov. 1899, p. 601).

VIII. — Il faut partir du principe que l'excitation produite sur la muqueuse gastrique par les ingesta, peut être doublement établie et par l'acidité totale nécessaire à la digestion de tels aliments, et par le taux d'acidité qu'atteint le chyme pendant la digestion. Pour le premier point nous savons assez nettement, par les réactifs, que la viande produit plus d'acide que les hydrates de carbone et le lait; d'où il résulte qu'il faut plus d'acide chlorhydrique pour la viande, et plus pour la viande rouge que pour la blanche. Les dyspeptiques avec anacidité ne supportent pas la viande, mais bien les amylacés. D'après les recherches de l'auteur, 100 grammes de beefsteack cru, provoquent jusqu'à apparition d'acide libre, la sécrétion de 358 c.c. d'un suc à 0,25 0/0 d'acidité. 100 grammes de purée de pommes de terre et 100 c.c. de lait, donnent lieu à 100 c.c. environ de suc gastrique.

Considérons d'autre part, la cencentration de l'acide contenu dans le chyme. Admettons que dans une nourriture cornée, l'acidité totale atteigne 80 0/0, jusqu'à apparition d'HCL libre. Pour ce résultat et pour 100 grammes de viande crue, la muqueuse gastrique doit livrer 350 c.c. de suc. Au contraire, dans la digestion d'hydrates de carbone par un estomac hyperacide, la même quantité de 350 c.c. de suc peut être sécrétée, avec une acidité totale au-dessus de 100 à l'apogé du processus et 0,3 0/0 d'HCL libre. Un tel chyme excitera un ulcère, provoquera des pyrosis et des vomissements acides, parce qu'il contient un acide plus concentré. Pour un estomac normale, cette concentration d'acide n'est guère différente, qu'il s'agisse de viande ou d'hydrates de carbone.

IX. — Ausnutzungs- und Stoffwechselversuche mit dem neuen Eiweissnährpräparat « Plasmon » (*Recherches sur le nouveau produit alimentaire, le Plasmon ou Albuminelactée de Siebold*); par le Dr C. Virchow (de Berlin). (*Therap. Monatsh.*, janvier 1900).

IX. — Encore un produit alimentaire de la très commerciale Allemagne, et naturellement toutes ces marchandises sont sacrées dès leur naissance par une collection de résultats scientifiques publiées par des médecins et même par des professeurs, résultats qui par leur concordance, presque toujours favorable au produit lancé, permettent d'apprécier, chez nos confrères d'outre-Rhin, une égale émotion patriotique. Sans préjuger par ce prologue, sur le produit en question, voici l'opinion du Dr C. Virchow sur un nouveau produit, le *Plasmon*. La matière première est la caséine du lait maigre et cru, laquelle donne un aliment complètement soluble sans saveur ni odeur, de prix modique, et qui se prête à toutes sortes d'applications.

(1) *Lehrbuch der Geschlechtskrank*, 1892, p. 90.
(2) *Therapie der Harnkrankheiten*, 1895, p. 23 et 24.
(3) *Lehrbuch der Haut und Geschlechtskr*, 1893. p. 394.
(4) *Der venerische Katarrh*, 1893, p. 147.

Les recherches de l'auteur ont surtout porté sur la valeur de résorption. M. C. Virchow a essayé par lui-même, avec du pain et de la boisson de Plasmon, fabriqués par lui. Il résulterait de deux expériences, de quatre et de six jours, séparées entre elles par une alimentation carnée d'une durée de quatre jours que le Plasmon serait plus digestible, non seulement que toutes les préparations albumineuses connues jusqu'ici, mais que la viande elle-même (!). Les formes d'administration les plus pratiques sont : la *solution* et le *pain* de Plasmon.

REVUE DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Rédacteur spécial : M. le Dr Ramond.

I. — Le traitement de la Peste; par Ed. Vidal. (*Archives de Thérapeutique*, septembre 1899.)

I. — Laissant de côté le traitement symptomatique, qui ne présente rien de spécial, l'auteur s'occupe surtout du nouveau traitement par le sérum antipesteux, préconisé dès 1895 par Yersin d'une part, et Calmette et Borrel d'autre part. Le sérum provient des chevaux innumérés par l'injection répétée de cultures de bacilles pesteux, tués par le chauffage d'une heure à 58°. Il se donne, en injection sous la peau du flanc, à la dose de 30 à 50 c.c. S'il est nécessaire, il ne faut pas hésiter à pratiquer de nouvelles injections les jours suivants, jusqu'à ce que tout danger soit conjuré. L'emploi du sérum aurait donné, d'après Landouzy, dans l'épidémie d'Asnoy et de Canton, des résultats inespérés en faisant baisser la mortalité de 9 0/0 à 7 0/0.

II. — Recherches sur la présence du bacille tuberculeux dans le beurre; par Lydia Rabinowitsch. (*Deut. med. Woch.*, 1899.)

II. — Dans une première série de recherches, faites en 1897, L. Rabinowitsch ne put pas rencontrer une seule fois le bacille de Koch dans 80 échantillons de beurre de source différente ; plus récemment cependant l'auteur, plus heureux, trouve deux fois du bacille tuberculeux sur quinze nouveaux échantillons.

Mais à côté du vrai bacille de Koch, on trouve souvent dans le beurre des bacilles ayant les réactions colorantes du bacille de Koch, sans en présenter les réactions de culture ni l'action pathogène. Il s'agit des bacilles pseudo-tuberculeux, dont la connaissance est des plus intéressantes, car elle montre combien il faut être réservé dans l'appréciation de la teneur du lait ou du beurre en véritables bacilles de Koch.

III. — Bacilles pseudo-tuberculeux; par G. Mayer. (*Centralbl. f. Bakt.*, 10 octobre 1899.)

III. — L'auteur passe en revue les diverses espèces de bacilles pseudo-tuberculeux, isolés en Allemagne dans le courant de ces trois dernières années. Le bacille, extrait du crottin de fumier par Mœller en 1898, se colore comme le bacille de Koch, mais il pousse rapidement sur les divers milieux de culture : le bouillon est légèrement troublé; l'agar se recouvre d'une culture sèche, de couleur jaune orangée, la pomme de terre d'une culture plus épaisse, de coloration identique. Le bacille « Thimothée », obtenu en inoculant des graines du genre Thimothée (fléole) dans le péritoine de cobayes, fournit des cultures analogues; mais le bouillon se recouvre d'une légère pellicule.

Le bacille du beurre, étudié par Petri et Rabinowitsch, donne sur agar une strie humide, ondulée, orangée, fortement adhérente ; le bouillon se recouvre d'un voile épais, mais ne se trouble pas; sur pomme de terre la culture est humide et épaisse. De même pour le bacille découvert par Hermann et Rabner.

Au dire de G. Mayer ces divers microbes, inoculés à des lapins ou à des cobayes, produiraient de vrais tubercules, si on les injectait mélangés à du beurre fondu. Cette tuberculose se développe sur place, et ne se propage pas à toute l'économie.

IV. — Composition chimique de la tuberculine; par Viquerat. (*Cent. f. Bakt.*, 1899.)

IV. — Si l'on traite des cultures de bacilles tuberculeux par l'alcool, on peut isoler deux corps gras, l'un soluble dans l'alcool, c'est l'acide palmique, l'autre insoluble, c'est l'acide succinique.

Ces résultats se rapprochent d'ailleurs de ceux obtenus auparavant par Koch, puis par Tavel. Celui-ci supposait même que les réactions colorantes spécifiques du bacille de Koch tenaient à la présence de l'acide succinique.

V. — La spécificité cellulaire; par L. Bard. (Collect. *Scientia*, n° 1.)

V. — Les cellules naissantes offrent une morphologie commune, qui ne permet pas le plus souvent à ce moment de prédire leur évolution future ; elles n'acquièrent leurs caractères distinctifs qu'ultérieurement par des transformations successives. Mais pour certains auteurs, ces différenciations ultérieures de la cellule naissante proviennent uniquement du milieu dans lequel elle se trouvera au cours de son évolution. C'est la doctrine de l'*indifférence cellulaire*.

Pour M. Bard, qui est le promoteur et le plus ardent champion de la doctrine contraire, celle de la *spécificité cellulaire*, la cellule apporte en naissant en puissance tous ses caractères ultérieurs, qu'elle tient de la cellule mère par hérédité. La formule de Virchow : *omnis cellula e cellula* doit être complétée : *omnis cellula e cellula ejusdem naturæ*. Ce n'est pas à dire que cette cellule soit indépendante des autres cellules ; elle subit la grande loi de l'induction vitale, qui harmonise le développement de tous les divers types des cellules de l'organisme, limite leurs proliférations et leur accroissement aux besoins nécessaires. Mais parfois un de ces types cellulaires, par suite d'une malformation initiale, échappe à cette loi d'harmonie ; elle prolifère alors sans limites, constituent en quelque sorte une sorte de production anarchique au sein de l'harmonie de la collectivité de tous les autres types cellulaires. Ainsi se trouverait constitué, par M. Bard, le cancer, avec tous ses caractères d'exubérance et de malignité.

VARIA

Le concours de l'internat, son but, son utilité.

D'après le *Correspondant médical* du mois de janvier « Le but du concours de l'Internat est de fournir à un certain nombre d'étudiants la possibilité de perfectionner leurs études ». Est-ce bien cela? Nous en doutons, l'Administration de l'Assistance publique n'ayant pas mission d'enseigner et jusque dans ces dernières années son Conseil de surveillance ayant toujours protesté contre toutes les innovations relatives à l'enseignement. Les externes, les internes sont là, à ses yeux, pour l'aider à soigner les malades.

L'idée du *Correspondant* n'est pas nouvelle. En effet, voici comment s'exprimait Delasiauve dans un très remarquable mémoire plein d'idées réformatrices, communiqué à la *Société médicale du Panthéon* en 1859 et reproduit *in-extenso* dans le *Siècle* :

« L'internat a été constamment environné d'une auréole brillante. C'est le point de mire des jeunes ambitions scolaires, la fortune la plus enviable pour un élève. On se demandera, sans doute, quelle place notre combinaison assigne à une institution dont les joutes sont si justement appréciées par le public médical. Cette institution, loin de disparaître, se développe et se perfectionne. Plus l'internat offre à l'étude de facilités, plus on doit souhaiter qu'il se généralise; aussi invoquons-nous le *compelle intrare* universel. L'internat doit cesser d'être un monopole pour devenir le commun patrimoine. Il mourrait, mais pour revivre grandiose, non plus avec ces luttes exclusives et fiévreuses où trop souvent le droit expire sur l'écueil de l'arbitraire, mais avec une émulation paisible constante, efficace, expansive, et des palmes sûrement réservées aux plus dignes. »

Voir aussi sur l'*internat* nos rapports au Conseil municipal (1876-83) et le *Progrès médical* à partir de 1873, *passim*.

Congrès international d'Assistance publique et de bienfaisance privée.

Première section : enfance et adolescence.

Ordre du jour, — Le Congrès se réunira chaque après-midi en assemblée plénière pour discuter les questions générales mises à son ordre du jour. La première section a fait inscrire la question suivante : « Du traitement et de l'éducation des enfants recueillis par l'Assistance publique ou par la bienfaisance privée et auxquels ne convient pas, pour une cause morale, le placement familial (Ecoles de réforme, de préservation, de redressement). » La première section se réunira régulièrement chaque matin à 9 heures ; elle pourra, en outre, tenir des séances extraordinaires, sauf aux heures où a lieu l'assemblée générale. Cinq questions principales sont mises à l'ordre du jour de la première section et feront l'objet de rapports d'ensemble : 1° Allaitement naturel et artificiel. Hygiène de la première enfance. — 2° Protection des enfants contre le vagabondage et la mendicité. Œuvres scolaires; enfants traduits en justice. — 3° Assistance aux enfants pour l'exécution des mesures destinées à prévenir leurs maladies. — 4° Protection des adolescents (de la sortie de l'école jusqu'à uingt et un ans). Œuvres postscolaires. — 5° Assistance temporaire aux enfants pendant que leurs parents, pour une cause quelconque, sont dans l'impossibilité de les soutenir.

Toute question intéressant l'enfance ou l'adolescence pourra être traitée en séance de section ; la priorité sera toutefois réservée dans l'ordre du jour de chaque séance à la discussion des mémoires dont le résumé aura été présenté au début de la séance par un rapporteur désigné par le bureau de la section. Toute question relative à l'enfance et à l'adolescence qu'un congressiste voudrait traiter devra être préalablement soumise au bureau de la première section du Congrès. Lors de l'établissement de l'ordre du jour de chaque séance, le bureau statuera sur son inscription, s'il y a lieu, et donnera un numéro d'ordre pour l'exposé ou la lecture, la durée de ces communications devant être limitée d'après leur nombre.

Deuxième section : malades, infirmes, incurables, vieillards.

Secrétaire adjoint. — Le Congrès se réunira chaque après-midi en assemblée plénière pour discuter les questions générales mises à son ordre du jour. La deuxième section a fait inscrire la question suivante : « De l'assistance aux tuberculeux privés de ressources (mesures d'assistance, quel que soit le traitement médical). » Cette section se réunira régulièrement chaque matin à 9 heures; elle pourra, en outre, tenir des séances extraordinaires, sauf aux heures où a lieu l'assemblée générale. Un certain nombre de questions mises à l'ordre du jour de la deuxième section feront l'objet de rapports spéciaux : La lutte contre la tuberculose, l'assistance aux nécessiteux atteints de maladies contagieuses, l'assistance chirurgicale rapide et efficace, les secours à donner aux indigents, vieillards ou infirmes, aveugles, sourd-muets, etc. ; le patronage des aliénés, des épileptiques, les secours aux convalescents sont des questions du plus haut intérêt, qui peuvent être étudiées au point de vue international : aussi, le Bureau de la deuxième section invite-t-il tous ceux qui pratiquent l'assistance aux pauvres, malades ou infirmes de toutes catégories, à lui apporter, sous formes de mémoires, le résultat de leurs observations dans le but d'améliorer la situation de ces malheureux.

Les deux questions suivantes sont déjà inscrites comme devant être étudiées avec un certain développement : « 1° L'assistance aux sourds-muets aux différents âges de la vie. (Une séance sera réservée exclusivement à la discussion de cette question.) — 2° Les hôpitaux d'observation et de traitement pour les aliénés.

Troisième section : Indigents valides et questions générales.

Méthode de travail et ordre du jour. — La troisième section a fait inscrire la question suivante : « Du fonctionnement et de l'efficacité du secours à domicile. » — Entente établie ou à établir à cet égard entre l'assistance publique et la bienfaisance privée. » La troisième section se réunira régulièrement chaque matin à 9 heures : elle pourra, en outre, tenir des séances extraordinaires, sauf aux heures où a lieu l'assemblée générale. Cinq questions sont mises à l'ordre du jour de la troisième section et feront l'objet de rapports spéciaux : 1° Domicile de secours; assistance à donner dans chaque pays aux indigents étrangers. — 2° Visites aux indigents; formes diverses. — 3° Secours alimentaires; fourneaux; soupes populaires. — 4° Asiles de nuits — 5° Institutions de prêt.

Académie royale de Médecine et de Chirurgie de Barcelone.

Prix Gari y Boix. — L'Académie royale de Médecine et de Chirurgie de Barcelone déclare ouvert le concours pour ce prix, dont le lauréat recevra une somme de 1.500 pesetas (valeur en numéraire) et le titre de membre correspondant de cette Académie. Le sujet proposé est le suivant : *Exposition d'un ou de plusieurs faits d'observation personnelle, ou interprétation originale de faits déjà connus, relatifs à l'anatomie, la physiologie ou la pathologie de l'appareil urinaire.*

Le meilleur travail, après le travail couronné, vaudra à son auteur un accessit avec allocation de 750 pesetas et le titre de membre correspondant. Les mémoires devront être adressés au siège de l'Académie, r. Baños Nuevos, n° 9, à Barcelone, avant le 30 septembre 1901, à midi. Ces mémoires devront être écrits très lisiblement en espagnol, en français ou en italien, sans signature, ni paraphe, ni aucune indication nominative. Les nom et adresse du candidat seront inclus dans un pli cacheté portant une devise, laquelle sera reproduite en tête du mémoire. Les deux mémoires ayant obtenu le prix et l'accessit resteront la propriété des auteurs, mais ne pouvant être imprimés par eux avec mention de ces distinctions que s'ils n'ont subi aucune modification. L'Académie se réserve d'ailleurs le droit d'en faire tirer 200 exemplaires dont 100 seront donnés à l'auteur.

Arrêté du 15 février 1900 réglementant les bourses de doctorat.

Les bourses de doctorat en médecine sont données au concours pour une année. Les candidats s'inscrivent au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Ils doivent être Français et âgés de 18 ans au moins et de 28 ans au plus. Ils désignent, en s'inscrivant, la Faculté à laquelle ils désirent être attachés et joignent à cette déclaration les pièces suivantes : 1° Leur acte de naissance; 2° le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) et le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles ou des certificats de réception en tenant lieu ; 3° une note signée d'eux, indiquant la profession de leur père, la résidence de leur famille, l'établissement ou les établissements dans lesquels ils ont fait leurs études, le lieu ou les lieux qu'ils ont habités depuis leur sortie desdits établissements; 4° une déclaration de situation de fortune conforme au modèle annexé au règlement du 31 mai 1886, relatif aux bourses dans les Facultés des sciences et des lettres. Les épreuves du concours consistent en compositions écrites.

Sont admis à concourir : 1° Les candidats pourvus de 4 inscriptions qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de 1re année. L'épreuve consiste en une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angiologie); 2° les candidats pourvus de 8 inscriptions qui ont subi avec la note « bien » le premier examen probatoire.

Les épreuves sont : *a)* Une composition d'anatomie (névrologie, splanchnologie); *b)* une composition d'histologie.

3° Les candidats pourvus de 12 inscriptions qui ont subi avec la note « bien » le deuxième examen probatoire.

Les épreuves sont : *a)* Une composition de physiologie; *b)* une composition de chirurgie.

4° Les candidats pourvus de 16 inscriptions qui ont subi avec la note « bien » le troisième examen probatoire.

Les épreuves sont : *a)* Une composition de médecine ; *b)* une composition de chirurgie. Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

La valeur de chacune des compositions est exprimée par un chiffre qui varie de 0 à 20. Les candidats qui justifient de la mention « bien » au baccalauréat de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) et d'un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, pourront obtenir sans concours une bourse de 1re année. Les concours ont lieu annuellement, au siège des Facultés, dans la dernière semaine du mois d'octobre, au jour fixé par le Ministre, qui détermine également des sujets des compositions. Chaque jury se compose de trois membres désignés par le recteur, sur la proposition du doyen. Dans un délai de 15 jours après la clôture du concours, le recteur transmet au Ministre les propositions de la Faculté, en y joignant les compositions des candidats classés par ordre de mérite, les procès-verbaux des jurys et les dossiers des concurrents contenant les pièces ci-dessus énumérées. Ces documents sont soumis à l'examen de la commission de médecine du Comité consultatif de l'enseignement public, qui dresse, pour chaque catégorie, une liste des candidats par ordre de mérite. Tout boursier qui voudra obtenir une nouvelle bourse devra subir les épreuves du concours correspondant à l'année d'études dans laquelle il doit entrer. Chaque boursier sera l'objet d'un rapport spécial sur son assiduité aux cours et aux exercices pratiques.

La lutte contre l'alcoolisme.

La lutte contre l'alcoolisme trouve des partisans zélés dans tous les milieux intelligents. On a pu, au Congrès antialcoolique, voir des hommes politiques éminents, des ministres des différents cultes, des membres de l'enseignement, des médecins apporter le concours de leur conviction sincère à cette œuvre de bienfaisance et d'hygiène sociale. Nous sommes heureux de relever, dans le *Temps*, une circulaire du préfet de la Meurthe-et-Moselle, dont nous nous faisons un devoir de reproduire l'analyse et le préambule :

« En présence des ravages sans cesse grossissants causés par l'abus des boissons alcooliques, le préfet de Meurthe-et-Moselle se fait un devoir de signaler à l'attention des populations du département, l'avis ci-dessous qu'il a demandé à la Société de médecine de Nancy, et auquel s'est associé, à la presque unanimité, le personnel médical de Meurthe-et-Moselle.

« Ensuite, figurent des statistiques qui établissent que sur 36 millions de Français, 4 millions au moins sont alcooliques, que sur 100 cas de meurtres, 63 sont commis par des individus en état d'ivresse, et qu'enfin la France dépense, à cause de l'alcoolisme, 1 milliard 340 millions en journées perdues, 71 millions en frais de traitement, de chômage, etc. Dans le département de Meurthe-et-Moselle, la consommation de l'alcool à passé de 12.000 hectolitres d'alcool pur, en 1880, à 20.000 en 1898. L'affiche se termine par cette exhortation :

« Il est bon que tous ceux qui peuvent exercer une influence morale sur leurs concitoyens réunissent leurs efforts pour lutter contre l'alcoolisme. Ils aideront ainsi à délivrer notre pays du mal qui le ronge ; ils feront œuvre de relèvement moral et de régénération sociale. »

D'autre part, c'est avec une vive satisfaction, que nous signalons l'entrefilet du *Cotentin*, qui prouve que tout le monde dans l'armée ne se désintéresse pas de la plaie de l'alcoolisme :

« A dater du mois prochain, les troupiers du 10e corps d'armée ne pourront plus déguster leur « champoreau » à la cantine, car l'élément indispensable à la confection de ce breuvage, si apprécié du lignard, fera complètement défaut. Le général Donop a, en effet, donné des ordres pour que la vente des alcools soit interdite dans toutes les cantines, à partir du 1er mars. »

Quand la mesure du général Donop se généralisera-t-elle ? Quand l'armée perdra la funeste réputation, hélas trop souvent méritée, d'être le foyer principal de la propagation de l'alcoolisme. J. N.

Les épidémies.

La fièvre typhoïde.

Les nombreux cas de fièvre typhoïde constatés au lycée Saint-Louis seront l'objet de deux interpellations adressées à M. le Ministre de l'Instruction publique, au Sénat par M. le Dr Treille, à la Chambre par M. le Dr Chassaing.

La variole à Paris.

Le nombre des cas de variole ayant légèrement augmenté, le Préfet de la Seine a exigé la revaccination du personnel de certaines administrations les plus exposées à la contagion, et en premier lieu celui du Mont-de-Piété.

Les cours libres à la Faculté de Médecine et les femmes docteurs.

Nous lisons dans le *Petit Temps* du 18 février que Mlle Bonsignorio, doctoresse en médecine, ayant demandé l'autorisation d'ouvrir un cours libre d'ophtalmologie à la Faculté, sa demande avait été rejetée par le Conseil de l'Université. Elle s'est alors pourvue devant le Conseil d'Etat, alléguant qu'étant Française et majeure, ayant obtenu une mention honorable de la Faculté, elle aurait dû voir sa demande accueillie, d'autant plus que des femmes auraient déjà été autorisées à faire des cours ou des conférences au Muséum d'histoire naturelle et à la Sorbonne. Mais aux termes du décret du 21 juillet 1897, c'est le conseil de l'Université qui statue sur la réglementation des cours libres, et le Conseil d'Etat a estimé que ce texte lui donne compétence pour donner une suite définitive aux demandes d'autorisation. La haute assemblée a donc rejeté la requête de la demoiselle Bonsignorio. Il résulte de cette décision que le Conseil d'Etat ne se reconnaît pas juge des motifs de fond qui peuvent guider en pareille matière le conseil de l'Université. Ses délibérations ne pourraient lui être utilement déférées que pour irrégularité ou violation des formes prescrites par la loi.

Sur les timbres poste.

M. Percepied, a fait à la dernière séance de la Société normande d'hygiène pratique, une communication, sur un des petits côtés de l'hygiène, qui n'est pas sans intérêt :

« Dans les bureaux de tabac, dit-il, la plupart des débitants observent, je me plais à le reconnaître, les lois les plus strictes de la propreté, mais il en est quelques-uns, très rares, dont les mains ne paraissent pas réaliser une asepsie parfaite. Ils manient le timbre poste que vous leur demandez et le déposent souvent sur une table d'une saleté non douteuse, la face gommée portant sur la table toujours.

« Or, nous avons tous éprouvé un sentiment de répulsion instinctif à mettre le timbre sur notre langue après une pareille présentation. Je pense bien qu'il n'y a pas de danger, et encore parfois, qui sait ? Mais pour la simple propreté, nous désirerions tous éviter de timbrer dans ces conditions.

« Aussi ne penseriez-vous pas qu'il serait bon que chaque bureau de tabac et chaque bureau de poste fussent munis d'une éponge humide servant au collage des timbres ? Et si vous croyez que la chose en vaille la peine, la Société pourrait émettre un vœu dans ce sens. »

M. Derocque rappelle que dans un bureau de tabac de notre ville, l'amélioration que réclame M. Percepied avait été, il y a quelque temps, réalisée. Au bout de quelques mois, l'éponge humide a été supprimée, les clients n'en faisant jamais usage. (*La Normandie médicale* du 15 février 1900.)

Trépanation sans succès pour un abcès du cerveau.

M. Picot a observé une attaque d'aphasie sur un enfant de 13 ans qui n'avait présenté jusqu'alors que des abcès froids sous-cutanés et une otorrhée. On crut à un abcès du cerveau et la trépanation fut pratiquée sans succès. L'autopsie révéla la présence d'un semis de granulations localisé à la surface de la circonvolution de Broca. (D'Espine et Picot, *Traité pratique des maladies de l'enfance*, p. 417, 1900.)

Signes précoces de méningite tuberculeuse.

M. D'Espine signale comme un signe, parfois précoce, de la méningite tuberculeuse, l'*ataxie statique*. « Pour le constater, on met l'enfant sur ses pieds et l'on voit se produire alors de grandes oscillations du tronc, qui finissent fatalement par une chute, si l'on ne retient pas le petit malade. Parfois celui-ci peut faire quelques pas, mais en titubant, comme s'il était ivre. Une grande angoisse se peint en même temps sur ses traits. Nous considérons ce phénomène comme un moyen utile pour distinguer, dans les cas difficiles, une méningite tuberculeuse d'une céphalalgie nerveuse ou hystérique. Ce signe n'est pas absolument pathognomonique pour la méningite tuberculeuse, puisqu'il a été signalé chez un malade jadis atteint d'abcès du cerveau, mais dans ce dernier cas, l'étiologie permet, en général, d'établir ce diagnostic. (D'Espine et Picot, *Traité des maladies de l'enfance*, p. 421, 1900.)

Enseignement médical libre.

Maladies des yeux. — La clinique du Dr Koenig est transférée à partir du 26 février, **5, rue du Cherche-Midi.** Consultations gratuites tous les jours de 1 à 3 heures. Examen des malades à l'ophtalmoscope. La clinique est ouverte à tous les docteurs et étudiants en médecine.

Cours de technique microscopique. — Le Dr Latteux, chef de laboratoire de l'hôpital Broca, recommencera les cours suivants, le 26 février, dans son laboratoire, 5, rue du Pont-de-Lodi, à 2 heures. Bactériologie pratique et étude des principaux microbes. Méthodes techniques, à 4 heures. — Technique microscopique et étude des principaux tissus normaux et pathologique. Ces cours essentiellement pratiques sont destinés à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses exigées journellement par la profession médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition. On s'inscrit d'avance, 5, rue du Pont-de-Lodi, de 4 à 5 heures, excepté le samedi.

Maladies des oreilles, du nez, de la gorge et du larynx. — La clinique du Dr C. Miot est transférée, rue Dauphine, 16. Consultations gratuites le mardi de midi à 2 heures; particulières, le lundi soir de 9 h. à 10 h., le jeudi, de midi à 2 heures.

Electricité médicale. — Le Dr L.-R. Regnier, chef du laboratoire d'électrothérapie de la Charité : conférences théoriques et cliniques hebdomadaires le samedi à 5 heures, au laboratoire.

Actes et Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.
(Voir page VI des annonces.)

FORMULES

X. — Contre la grippe chez les enfants.

Antipyrine	1	gramme.
Eau de laurier-cerise	2	—
Sirop de tolu	40	—
Eau distillée	60	—
ou : Antipyrine	1	gramme.
Sirop de codéine	10	—
Sirop de fleurs d'orangers	30	—
Alcoolature de racines d'aconit	X	gouttes.
Eau de menthe	60	grammes.

En trois ou quatre doses dans la journée.

Ou encore par cuillerées à dessert d'heure en heure.

Terpine	1	gramme.
Rhum	20	—
Sirop de fleurs d'orangers	30	—
Extrait de quinquina	2	—
Eau distillée de mélisse	60	—

En cas de congestion pulmonaire ou de broncho-pneumonie.

(Comby. *Formulaire*).

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 11 fév. au samedi 17 fév. 1900, les naissances ont été au nombre de 1223 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 457, illégitimes, 181. Total, 638. — *Sexe féminin* : légitimes, 405, illégitimes, 180. Total, 585.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1896 : 2.511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 11 fév. au samedi 17 fév. 1900, les décès ont été au nombre de 1423, savoir : 729 hommes et 694 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 14, F. 15. T. 29. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M 10, F. 11, T. 21. — Scarlatine : M. 1, F. 0, T. 1. — Coqueluche : M. 0, F. 2, T. 2. — Diphtérie. Croup : M. 2, F. 2, T. 4. — Grippe : M. 34, F. 44, T. 78. — Phtisie pulmonaire : M. 138, F. 96. T. 234. — Méningite tuberculeuse : M. 6, F. 5, T. 11. — Autres tuberculoses : M. 27, F. 12, T. 39. — Tumeurs cancéreuses : M. 20, F. 32, T. 52. — Tumeurs autres : M. 0, F. 2, T. 2. — Méningite simple : M. 17, F. 16, T. 33. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 40, F. 25, T. 65. — Paralysie, M. 6. F. 8, T. 14. — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 13, T. 16. — Maladies organiques du cœur : M. 37, F. 51, T. 88. — Bronchite aiguë : M. 17, F. 8, T. 25. — Bronchite chronique : M. 33, F. 23, T. 56. — Broncho-pneumonie : M. 50, F. 40, T. 90. — Pneumonie : M. 50, F. 64, T. 114. — Autres affections de l'appareil respiratoire: M. 64, F. 54, T. 118. — Gastro-entérite, biberon : M. 6, F. 7, T. 13. — Gastro-entérite, sein : M. 4, F. 3, T. 7. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 3, F. 0, T. 3. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 2, T. 2. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 9, T. 9. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0, T. 0. — Débilité congénitale : M. 20, F. 13, T. 33. —

Sénilité : M. 18, F. 51, T. 69. — Suicides : M. 7, F. 1, T. 8. — Autres morts violentes : M. 3, F. 6, T. 9. — Autres causes de mort : M. 84, F. 77. T. 161. — Causes restées inconnues : M. 15, F. 2, T. 17.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 89, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 33, illégitimes, 17. Total : 50. — *Sexe féminin* : légitimes, 27, illégitimes, 12. Total : 39.

CONCOURS DE MÉDECINE DES HOPITAUX. — Le jury de ce concours est ainsi constitué : MM. Achard, Hayem, Debove, Josias, Muselier, Mauriac, Variot, Wurtz, Faisans, Comby, Brissaud, Humbert.

CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Liste des internes titulaires.* — Piquand, Froin, Baumgartner, Detot, Guihal, Gasne, Cottu, Sabaréanu, Léri, Ribadeau-Dumas, Lemierre, Vivier, Jomier, Weill (Benjamin), Beauvy, Le Lorier, Nau, Garrigues, Bourlot, Chevé, Carton, Roy, Crouzon, Bouchet, Andrieu, Lebreton, Dupuy (Paul), Wagon, Chasnet de Géry, Cresson, Vinsonneau, Périn, Lafoy, Mettey (Ph.), Cahen, Laurens.

Internes provisoires. — Dardeau Diel, Berthier, (Paul), Sébilleau, Regnard, Lacasse, Gibert, Boidin, Menet, Darcanne, Pécharmant, Kahn, Méheut, Lutron, Devaux, Lévy (Fernand), Monier, Zacclur, Guénot, Gauckler, Mercadé, Delaunay, Touchard, François (H.). Louste, Bloch (M.), Thaon, Bauer, Mesnil, Pamard, Gimbal, Ambard, Trémolières, d'Oelnitz, Lecornu, Laffitte.

CONCOURS SUPPLÉMENTAIRE DE L'INTERNAT. — Les épreuves écrites du concours supplémentaire de l'Internat ont eu lieu samedi dernier, 70 candidats sur 78 ont répondu à l'appel de leur nom, 8 candidats ayant passé récemment leur thèse. — La question était : *Prostate. Complications des otites moyennes.* — Questions restées dans l'urne : *Plante du pied. Pleurésie interlobaire. Tronc cæliaque. Sténoses du pylore.*

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — MM. les Drs Cimino et Marmorek (de Paris) sont nommés *chevaliers de la Légion d'honneur.*

Sont nommés *officiers de l'Instructon publique.* — MM. les Drs Aubeau. Campenon. Caubet. Châtelain. Albert Chauveau, A. Colin. Dantel. A. Delage. Dutremblay. Ernous. Foveau de Courmelles. Garsaux. E. Jacquemart. Malbec. F. Richard. P. Richard. Riocreux. A. Tissier. De Valcourt (de Paris). Anner (de Brest). Arluison (d'Ozoir-la-Ferrière). Bardy (de Belfort). Beaufils (de Clamecy). Berthelot (de Saint-Laurent-en-Caux). Carcopino (de Verneuil), Cazaux (de Langoiran). Coliadon (de Vichy). Courret de Marmande). Couyba (de Sainte-Livrade). Daviot (de Saint-Leger-sur-d'Heune). Didier (de Rouen). Farny (de Roubaix). Garnier (de Dijon). Gautrez (de Clermont-Ferrand). C.-A. Girard (de Draguignan). Le Bourdellès (de Pommerit-le-Vicomte). Lecler (de Rouillac). Leroy (de Constantine). Martin-Dupont (de Montpellier). De Masson de Saint-Félix (de Ligniac). Mazade (de Marseille). Mendousse (de Sos). V. Meunier (de Pau). Monprofit (d'Angers). Mordagne (de Castelnaudary). Pezet (de Montpellier). Pissot (de Cholet). Rioms (d'Eymet). Romieu (de Digne). Sabatier (de Lyon). Subert (de Nevers). Sutils (de La Chapelle-la-Reine). Tillot (de Rouen). Vergne (de Tulle). Claudot. Vaillard (médecins militaires).

Officiers d'Académie. — MM. les Drs Alexandre. Anselmier. Audibert. Barbier. M. Bernheim. Bobier. Boix. Cahon. Campion. Carra. Claude Chauveau. B. Coizeau. Colombel. Destrem. Diamantberger. Duclos. Euvrard. Fege. Fouineau. Gazeau. Gesland. Grossard. Guillemonat. Huguenin. Josset. P. Lacroix. Laforgue. Lebas. Legras. E.-B. Leroy. Levassort. Lochard. L. Longuet. P. Magin. Ch. Mallet. de Massary Ménétrel. Armand Mercier. P.-A. Mesnard. Mounier. Nass. A. Peltier. Perregaux. Pessez. Léon Petit. Pilon. Planteau. Pierre Pottier. Ravanier. Jules Renault. L. E. Royet. Sainton. Saqui. Sauvez. Schrameck. Schœder. Sénac. Someil. Soulier. Thévenard. P.-L. Tissier. Toutain. Léon Weber (de Paris).

Alphant (de Pernes).

Babile (de Douéra). Barbry (de Nice). Barral (de Tullins). Béal (de Saignes). Beltrami (de Marseilles). Bernasconi (de Bourg). Blusson (de Larche). Borellot (de Saint-Paul-de-Fenouillet). Bossnet (de Margaux). Bouche de Vitray (de Billancourt). Boulet (de Saint-Didier-la-Séauve). Boulteux (de Bethune). Brillaud (de Bressuire). Brun (de Chalamont).

Cadenaule (de Saint-Ciers-la-Lande). Caillet (de Mortagne-sur-Huine). Camous (de Nice). Canonne (d'Anzin). Cantrel (de Mouy). Cardeilhac (de Trébons). Carriere (d'Uzes). Cassoute (de Marseille). Castan (de Piguan). Casteil (de Palu-del-Vidre). Cayla (de Bordeaux). Charon (de Mostaganem). Charon (de Saint-Alban-sur-Limaniole). Chavanon (de la Rochelle). Chesnel (de Chartres). Chevalier (de Macau). Chevrot (de Bletterans). Claret (de Gagny). Collin (de Sainte-Menehould). Conte (de Rivesaltes). Cornet (d'Aubières). Cornevin (de Brévannes). Cotton (de Lyon). A.-A. Coudrin (de la Boissière-de-Montaigu). Courgey (d'Ivry). Creuzan (de Floirac). Cruciani (de Calenzana).

Damalix (de Charenton). Darclade (d'Aire-sur-l'Adour). Davezac (de Bordeaux). Deblangey (de Montchanin-les-Mines). Delahaye (de Toulon). Delattre (de Roubaix). Demesse (de Villemeux). Deniau (d'Illiers). Desnot (de Brou). Dewyn (de Tourcoing). Dolard (de Villeurbanne). Dorain (de Nantes). Dubujadou (de Blida). Dumont (de Mons-en-Barœul). Dunand (d'Esternay). J.-M. Durand (de Bordeaux).

Emonet (de Chambéry). Escalier (d'Alais). Eymery (du Pizou).

Febvre (de Ville-Evrard). Filhiaud-Lavergne (d'Abjat). Fontanille (de Gourdon). Fougerousse (de Montluel). Froidefond (de Thenon).

Gairal (de Carignan). Galtier (de Hautefort). Gassiolle (de Cazarilh-Montréjeau). Genton (d'Issoire). Gernez (d'Acq). Girandier (de Castelnau-de-Médoc). Girard (de Fontainebleau). Godard (de Suippes). Goumy (de Mézériat). Grallan (de Pleudihen). Gravollet-Leblan (de Vincennes). Gros (d'Auxon). Guyot (de Dammartin).

Hacquart (de Saint-Meslin-du-Bosc). Louis Hirigoyen (de Bordeaux). Homery (de Bourges). Honnorat (de Marseille).

Jay (de Clermont-Ferrand). Jouet (de Chauvigny).

Lafitte (de Bougue). Lasnon (des Grandes-Ventes). Legendre (de la Haye-Malherbe). Lescarret (d'Ychoux). Le Toux (de Vannes). Lévêque (de Montdidier). Lop (de Marseille).

Magé (de Loudun). Maillard (de Danvillers). Marie (de Prades). Martin (de Mustapha). Masson (de Saint-Fargeau). E. Maurel (de Toulouse). Métifeu (de Bubry). Léon Monnier (d'Aigues-Mortes). Moutin (de Boulogne-sur-Seine).

Niepce (d'Allevard). Nuguet (de Luzy).

Oursel (d'Evreux).

Pacaud (d'Angles). Patey (de Saint-Seine-sur-Vingeanne). Pépin (de Montournais). Périès (de Montauban). L. de Perry (de Bordeaux). D. Peschaud (de Murat). Peynau (de Mios). Peyronnet (de Carcassonne). Pessionné (de Saint-Mathurin). Pilatte (de Nice). A.-C. Pillaud (de Saint-Hermine). Poizat de Gérente (de Marseille). Powilewicz (du Havre). Pradet (d'Eymoutiers). Prunet (de Jars). Puygauthier (de Tocane-Saint-Appre).

Raillière (d'Augerolles). Raynaud (d'Alger). Renard (de Bellegarde-en-Marche). Rey (d'Arles). Rigabert (de Marly-le-Roi). Rigollet-Ardillaud (de Dissay). Rochefort (de Lassigny). Rouby-Fombeler (de Sainte-Foy de Longas). Ruet (de Monsols).

Saliceti (de Bastia). Sarazin (de Mouchamps). Sauve (de Vidauban). Serpaggi (de Pierrefitte). Simeray (de Melun). Symoneaux (de Bégard).

Thibaudière (d'Adriers). Thibault (de Saint-Flovier). Thomas (de Toulon).

Vallat (de Vincennes). Vibert (de Château-Guyon). Viple (d'Ebreuil).

Wiet (de Reims).

Choux, Marechal (médecins militaires). J.-L. Aubert, Léo (médecins de la marine).

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — *Cours de paléontologie* (M. Albert GAUDRY, professeur). — M. Marcellin BOULE, docteur ès sciences, professeur intérimaire, commencera ce cours le mercredi 7 mars 1900, à 3 h. 1/2, et le continuera le vendredi et le mercredi à la même heure. Ce cours aura pour objet la paléontologie de la France et particulièrement l'étude des fossiles du plateau central. Les leçons seront faites dans l'Amphithéâtre des nouvelles galeries, rue de Buffon, n° 2. Des leçons complémentaires seront données les lundis dans la galerie de paléontologie.

ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS. — *Classement général et répartition dans les services hospitaliers de MM. les élèves internes et externes en médecine pour l'année* 1900. — MM. les élèves actuellement en fonctions et ceux qui seront nommés à la suite des derniers concours sont prévenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci après dans l'amphithéâtre de l'administration, avenue Victoria, 3, à leur classement et leur répartition dans les établissements de l'administration pour l'année 1900, savoir : pour MM. les élèves internes : de deuxième, troisième et quatrième année, le vendredi 23 février, à deux heures ; de première année et pour MM. les internes provisoires, le lundi 26 février, à dix heures du matin. — Pour MM. les élèves externes : de troisième année, le lundi 26 février, à une heure et demie ; de deuxième année, le mardi 27 février, à neuf heures et demie du matin, de première année, première moitié de la liste, le mardi 27 février, à deux heures ; deuxième moitié de la liste, le mercredi 28 février, à neuf heures et demie du matin. — N. B. MM. les élèves seront appelés suivant leur numéro de classement aux concours ; les externes ayant reconcouru seront appelés à leur numéro de classement dans la nouvelle promotion dont ils font partie.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE. — La Société médico-psychologique se réunira, en séance ordinaire, le lundi 26 février, à

4 heures précises, rue de Seine, 12. — *Ordre du jour* : 1° Rapport de la Commission des finances, M. Christian ; 2° rapports de candidature, MM. Febvré, Semelaigne ; 3° rapport sur un travail de M. Pilcz, M. Legrain ; 4° les maladies mentales familiales (*suite*), M. Arnaud.

LABORATOIRE DE DIAGNOSTIC BACTÉRIOLOGIQUE DES AFFECTIONS CONTAGIEUSES. — Le chef du laboratoire de bactériologie de la Ville de Paris, M. le Dr Miquel, a l'honneur d'informer MM. les Médecins que le service de diagnostic des affections contagieuses vient d'être tranféré de la rue Lobau, 2, au 1 *bis* de la rue des Hospitalières Saint-Gervais (IVe arrondissement). Le chef de ce service rappelle à MM. les Médecins : que ce laboratoire leur délivre gratuitement, sur leur demande écrite, des nécessaires stérilisés pour le diagnostic de la diphtérie, de la tuberculose et des autres affections microbiennes ; que les résultats des analyses leur sont communiqués 24 heures au plus tard après le retour au laboratoire des nécessaires utilisés et qu'enfin le laboratoire de diagnostic est ouvert tous les jours de l'année de 8 heures du matin à 8 heures du soir, y compris les dimanches et les jours fériés.

HOSPICES CIVILS DE MARSEILLE. — *Concours pour une place de médecin-adjoint.* — Le lundi, 14 mai 1900, à 3 heures, un concours public sera ouvert à l'Hôtel-Dieu pour une place de médecin-adjoint des hôpitaux. Ce concours aura lieu devant la Commission administrative assistée d'un jury médical. Au jour fixé pour l'ouverture du concours, les candidats devront avoir deux années de pratique comme docteurs de l'une des Facultés de France, être âgés de 27 ans au moins, de nationalité française, ou en mesure de justifier leur naturalisation. Les anciens internes des hôpitaux de Marseille, âgés de 26 ans au moins, seront admis à concourir. Les deux années de pratique comme docteur ne sont pas exigées des anciens élèves internes dans les hôpitaux des villes où siège une Faculté, ni des élèves internes des hôpitaux de Marseille ; ils pourront, en conséquence, concourir dès qu'ils seront munis de leur diplôme de docteur. — *Epreuves du concours* : 1° Question d'anatomie et question de physiologie ; 2° question de pathologie médecale avec les applications hygiéniques qu'elle comporte ; 3° examen clinique de trois malades atteints de maladies internes choisis parmi ceux entrés dans les hôpitaux, à partir du jour où l'accès des salles des malades aura été interdit aux candidats. Le compte rendu du troisième malade formera le sujet d'une consultation écrite pour la composition de laquelle il sera accordé une heure. Les deux premières questions seront traitées oralement, après un temps de préparation à huis-clos et sans livres. Les candidats auront cinq minutes pour traiter par écrit la question de pathologie, à huis-clos et sans livres. L'examen clinique des trois malades ne durera que trois quarts d'heure au plus. A la fin du concours, la Commission administrative délibérera sur le rapport du jury d'examen et procédera, s'il y a lieu, à la nomination d'un médecin-adjoint. Les médecins-adjoints forment, avec les chirurgiens-adjoints, le premier degré du corps médical des hôpitaux. Ils doivent assurer le service des consultations gratuites. De plus ils sont appelés, en cas d'absence ou de congé, à remplir les fonctions de médecins chefs de service, auxquels ils succèdent suivant les conditions du règlement. Les candidats prendront connaissance des divers règlements dans le bureau du Secrétariat général de l'Hotel-Dieu. Ils signeront l'engagement d'en observer toutes les dispositions ainsi que toutes celles que la Commission administrative pourra prendre plus tard. Les candidats devront se faire inscrire au Secrétariat de la Commission administrative, huit jours au moins avant l'ouverture du concours. Ils auront à produire : 1° leur acte de naissance ; 2° leur diplôme de doctorat ; 3° s'ils ne sont pas domiciliés à Marseille, un certificat de moralité, récemment délivré par le maire de leur résidence ; 4° les internes des villes où siègent des Facultés devront, en outre, déposer un certificat de bonne conduite, délivré par les directeurs des différents hôpitaux où ils auront fait leur service d'interne ; 5° les candidats pourront déposer leurs titres scientifiques, manuscrits, imprimés, etc., et s'il y a lieu, une note de leurs services. Ces documents seront soumis au jury.

NECROLOGIE — M. le Dr GOMBAULT, ancien médecin de l'hôpital Beaujon et des armées, décoré de la Légion d'honneur et de la croix des ambulances pour sa belle conduite pendant la guerre de 1870-71, vient de mourir à l'age de soixante-neuf ans — M. le Dr Félix-Cantien-Henri VERRIER, ancien interne des asiles d'aliénés de la Seine, est mort a Forcalquier, le 9 février 1900, à 49 ans. — M. le Dr Arthur DECÈS, professeur de clinique chirurgicale a l'École de médecine de Reims, vient de mourir à l'âge de soixante-neuf ans. Né a Reims en 1831, d'une famille médicale il vint terminer ses études à Paris. Interne des hopitaux, élève de Briquet, Roger, Blache, Jobert de Lamballe, Verneuil, Voillemier, Richet, M. Decès passa en 1857 une thèse brillante sur les *varices artérielles.* Professeur suppléant de l'école de Reims en 1858, il succéda à son père comme chirurgien de l'Hôtel-Dieu, devint successivement professeur de pathologie externe, de physiologie et de clinique externes. Estimé de tous, M. Decès prit à Reims une part active au développement de l'enseignement de la gymnastique et à l'organisation des Sociétés de secours aux blessés. Ancien président de la *Société de médecine de Reims*, il publia dans les Bulletins de cette Société et dans l'*Union médicale du Nord-Est*, de nombreux travaux, notamment sur le *traitement de l'épilepsie par le bromure de camphre* (1874), sur l'*intervention dans les luxations irréductibles* (1886), les *opérations abdominales* (1889), etc., etc. — Nous avons en outre le regret d'annoncer la mort de M. le Dr BLANCHARD professeur au Muséum d'histoire naturelle. — M. le Dr PETIT (de Paris). — M. le Dr SAUVÉ (de Mayenne).

Chronique des Hôpitaux.

HOTEL-DIEU. — Le Dr LUCAS-CHAMPIONNIÈRE : leçons de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu à dix heures, tous les jeudis. Opérations avant la leçon. Opérations abdominales le mardi. Le mercredi et le samedi visite dans les salles.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. le Dr BÉCLÈRE, conférences de radioscopie médicale avec présentation de malades, le dimanche à 10 heures du matin.

Clinique des affections du système nerveux. — M. GILBERT BALLET, leçons cliniques sur les affections du système nerveux et la pathologie mentale, hôpital Saint-Antoine (Amphithéâtre de la clinique de la Faculté), le dimanche, à 10 heures.

CLINIQUE TARNIER. — M. le Pr BUDIN : Mardi et samedi à 9 heures, leçons à l'Amphithéâtre. — Lundi et jeudi, lecture raisonnée des observations de la semaine. — Mercredi, leçons de séméiologie obstétricale. — Vendredi, consultations des nourrissons tous les jours, à 5 heures, cours théorique d'accouchement.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h. 1/2. Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée) ; présentation de cas cliniques, etc. — *Service de* M. le Dr P. MARIE. Le service de l'infirmerie de Bicêtre comprend un grand nombre de malades atteints d'affections chroniques et particulièrement d'affections du système nerveux. Ce service est ouvert aux étudiants et le samedi a lieu, à 9 h. 1/2, une visite générale au cours de laquelle le Dr Pierre Marie présente les malades les plus intéressants.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — Le Dr DU CASTEL, conférences cliniques le samedi à 1 h. 1/2. A 1 h. 1/2 consultation externe. A 2 h. 1/2 conférence clinique dans la salle des conférences.

Leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques. — M. HALLOPEAU, salle des conférences, le dimanche, à 9 heures et demie du matin.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

XXIXe ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XI. N° 9. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 3 MARS 1900.

Le Progrès Médical

OTOLOGIE

Le coli-bacille dans les suppurations auriculaires et leurs complications.

Mastoïdite. Thrombose du sinus latéral. Septicémie : dues au coli-bacille associé aux microbes anaérobies;

Par MM. BAUP et STANCULEANU.

L'étude microbienne des suppurations auriculaires et de leurs complications immédiates ou éloignées subit sans cesse des remaniements. La question est de date récente et il ne faut pas remonter bien loin en arrière pour trouver les premiers travaux qui ont trait à la flore microbienne des infections suppuratives de l'oreille moyenne.

Le premier travail constatant des microbes dans les affections auriculaires date de 1881, année où Loevenberg publia son mémoire (1). Mais ce ne fut qu'en 1887 que Zaufal (2) (de Prague) pratique les premiers examens rigoureux dans deux cas de suppuration auriculaire, trouvant dans un cas le pneumocoque, et dans l'autre le pneumo-bacille. Presque en même temps (1888) Netter (3) publie son important mémoire sur la bactériologie des otites moyennes aiguës, différenciant quatre types d'otites moyennes aiguës, ayant chacune son microorganisme spécial : l'otite à streptocoque, l'otite à pneumocoque, l'otite à pneumo-bacille de Friedlænder, et enfin l'otite à staphylocoque. Depuis lors, les travaux paraissent en grand nombre sur la question : Weichselbaum, Moos, Röhrer, Kanthack, Scheibe, Lermoyez, Picqué et Février étudient les espèces microbiennes ordinaires dans la production de l'otite moyenne aiguë ou chronique. Cette dernière a été surtout élucidée depuis les recherches de Veillon et Zuber (4) et la très remarquable thèse de Rist (5), démontrant le grand rôle joué par les microbes anaérobies dans les suppurations otitiques chroniques et leurs complications, en insistant sur le caractère de fétidité de ces suppurations. Nous arrivons ainsi à la phase actuelle où l'on s'occupe d'expliquer les complications des otites moyennes aiguës ou chroniques : mastoïdite, thrombose des sinus, septicémie avec ou sans phlébite du sinus latéral (1), etc., par la bactériologie. On arrive à expliquer ces complications soit par l'hypervirulence du microbe : streptococcie par exemple; soit par des associations microbiennes. Seules, quelques espèces microbiennes : streptocoque ou pneumocoque, ont été étudiées à fond dans leurs manifestations pathogènes sur l'oreille moyenne et par son intermédiaire sur l'organisme, mais beaucoup d'autres microbes signalés dans les otites suppurées n'ont pas d'histoire complète.

Nous nous proposons, dans ce travail, d'attirer spécialement l'attention sur le rôle joué dans l'infection généralisée à point de départ auriculaire, par le bactérium-coli, et d'étudier en même temps les effets produits par son association avec d'autres espèces microbiennes. La bibliographie n'est pas riche sur le rôle du coli-bacille en pathologie auriculaire : deux fois il a été signalé dans le pus de l'oreille. Ménière (2), sur 36 cas d'otites purulentes, l'a trouvé une fois; une autre fois il a été trouvé par Stern (3) (de Metz). Nous venons d'observer un cas très intéressant dans le service de notre maître Lermoyez, dans lequel le coli-bacille associé à une espèce anaérobie : *bacillus perfringens*, parti de l'oreille moyenne, a infecté la mastoïde et tout le reste de l'organisme. Ce cas présente un double intérêt par le fait que, non seulement nous avons vu le coli-bacille produire une suppuration localisée qui a gagné la mastoïde, mais encore grâce à la diffusion du coli dans l'organisme par la voie du sinus latéral, nous avons pu étudier ainsi une véritable infection généralisée coli-bactérienne. Voici les faits :

H..., Maurice, 19 ans, vient à la consultation otologique de l'hôpital Saint-Antoine, se plaignant d'une violente douleur dans l'oreille droite persistant depuis une semaine. Comme antécédents héréditaires, rien à signaler. Rarement malade,

(1) *Zeitschrift f. Obrenheilkunde*, 1881.
(2) *Prager medicinische Wochenschrift*, juillet 1887.
(3) *Ann. des mal. de l'or. et du larynx*, octobre 1888.
(4) Veillon et Zuber. — *Arch. de méd. expérim. et d'anat. path.*, juillet 1898.
(5) Rist. — Thèse de Paris, 1898.

(1) Stanculeanu et Baup. — *Progrès médical*, 26 août 1899.
(2) Ménière. — Traité d'otologie clinique, 1896.
(3) Stern. — *Arch. of Otology*, 1898.

sauf dans l'enfance : une fluxion de poitrine; souvent migraine et maux de gorge, présente, depuis l'âge de 6 ans, un écoulement d'oreille à droite, intermittent, augmentant de temps à autre, cessant quelquefois brusquement et s'accompagnant alors de douleurs dans l'oreille et dans la tête du côté droit. L'écoulement était peu fétide, sauf ces derniers temps. Il y a une quinzaine de jours environ, l'oreille qui coulait un peu a cessé de couler pendant deux à trois jours, puis a re-recommencé à couler du liquide très fétide. Avec la cessation de l'écoulement, ont recommencé des douleurs vives derrière l'oreille, tenant toute la moitié droite de la tête, accompagnés de battements et bourdonnements de l'oreille. Cet état s'accompagnait d'un état de torpeur, mais les nuits étaient sans sommeil à cause de la douleur; tous les soirs de la fièvre, insomnie, sécheresse de la bouche, inappétence; il y a trois ou quatre jours, la céphalalgie est devenue plus intense; le malade a eu des vomissements alimentaires accompagnés de diarrhée abondante.

Etat actuel. — Asthénie très prononcée, le malade ne peut monter les escaliers, ni se tenir debout. Facies amaigri, très affecté, décoloré, subictérique. Les pupilles sont égales et réagissent bien à la lumière. Bouche très saburrhale, un peu de rougeur des piliers. Rien à signaler pour le poumon ou le cœur; le pouls est à 120. L'abdomen est aplati; le foie descend jusqu'à l'ombilic, il est gros et douloureux à la pression; de même la rate est grosse et douloureuse. L'examen de l'oreille droite et du cou du même côté fournit les résultats suivants: *cou* : le sterno-mastoïdien droit est un peu douloureux, la région des vaisseaux du côté droit est empâtée et très douloureuse à la pression; *oreille* : le pavillon droit un peu plus écarté que du côté gauche, la région mastoïdienne légèrement empâtée et douloureuse à la pression, toute la mastoïde est douloureuse, mais la douleur est surtout très vive au niveau de l'antre. Le temporal et l'occipital ne sont pas douloureux, sauf au niveau de la ligne courbe occipitale répondant au sinus latéral droit, qui est douloureux à la pression. Dans le conduit, on trouve du pus concret et au fond une grosse masse polypeuse paraît sortir de la région postéro-supérieure de la caisse. Au-dessous et en avant on aperçoit le fond de caisse, grisâtre. Le malade entend mal le diapason à droite et latéralise son Weber à gauche.

Les urines examinées par l'interne en pharmacie montrent une notable quantité d'albumine et des pigments hépatiques modifiés.

En présence de ces symptômes, constatés à l'entrée du malade, on propose l'opération de l'évidement pétro-mastoïdien, qui est pratiquée par nous sur le champ.

Après incision dans le sillon rétro-auriculaire, on arrive sur la mastoïde qui paraît saine, sans aucune perforation de la corticale. Trépanation au lieu d'élection : après quelques coups de gouge l'on tombe rapidement dans une grande cavité remplie de fongosités saignant beaucoup, comprenant l'antre et une partie de cellules sous-jacentes à l'antre; la paroi profonde de cette cavité n'est plus que partiellement formée par de l'os. A la partie inférieure et postérieure de la cavité on trouve la dure-mère et le sinus latéral à nu, couverts de fongosités. L'antre nettoyé, l'aditus découvert rempli de fongosités, le tout saignant très facilement; on fait l'évidement par la méthode de Zaufal, sans que le facial réagisse beaucoup. L'aditus, très petit, ne peut être ouvert que sur une sonde cannelée. La caisse, l'aditus et l'antre sont débarrassés à la curette de nombreuses fongosités qu'elles contenaient, les osselets n'y sont plus. On revient au sinus qui est dénudé sur une grande étendue; celui-ci, au niveau de la mastoïde, est grisâtre, dur, et ne présente pas de battements, mais plus loin devient bleuâtre et bat faiblement. En présence de cette constatation, on pratique la ligature de la jugulaire au niveau de la région cervicale.

La jugulaire est à ce niveau souple, très grosse et non thrombosée. L'on revient au sinus qui est ouvert dans la région mastoïdienne au niveau de son coude; les parois seules saignent; l'intérieur ne donne pas de sang; contient un caillot légèrement puriforme. Pansement iodoformé. Pendant l'opération, on prélève avec des pipettes aseptiques du pus dans la mastoïde et dans le sinus. Après l'opération qui a duré un peu plus de deux heures, l'on fait une injection intra-veineuse de 800 grammes de sérum.

Le lendemain *vendredi* : état général le même, température 39°, toujours état de torpeur, répond difficilement; teinte subictérique, mais ne se plaint de souffrir nulle part; le pouls un peu déprimé; il urine bien, un peu de diarrhée. Sérum intra-veineux 700 grammes.

Samedi paraît un peu mieux; répond plus facilement aux questions, a vomi un peu de la bile et des aliments; urine bien, présente de l'herpès des lèvres.

Le symptôme le plus remarquable de la journée a été la chute brusque de la température de 39° à 35°,8.

Dimanche : l'état de torpeur est encore plus marqué; température 36°, dents fuligineuses, un peu de dyspnée, mais pas de phénomènes sthétoscopiques. Mouvements carphologiques; rien au fond de l'œil. L'ictère est à ce moment très prononcé; une abondante diarrhée à selles liquides affaiblit le malade. A noter aussi quelques petits frissons. On défait le pansement : l'on trouve alors la plaie du cou en parfait état, on retire les mèches iodoformées de la plaie mastoïdienne; on découvre la cavité de l'évidement nette et sans une goutte de pus. Le pus latéral à nu, a un peu bourgeonné; la dure-mère, mise à nu à la partie inférieure de la plaie, est un peu violacée et bourgeonnante; mais une ponction capillaire pratiquée à travers celle-ci, ne ramène que du sang, un peu de liquide clair et pas de pus.

La cavité est bourrée de gaze iodoformée.

Lundi : la situation générale ne s'améliore pas. Hypothermie, refroidissement, respiration stertoreuses. L'ictère est très prononcé. Le malade est toujours dans l'état de torpeur déjà décrit, mais présente en outre du marmonement et des mouvements carphologiques. La mort survient, dans la journée, progressivement, dans le coma. *Autopsie* vingt-quatre heures après. A l'ouverture de la cavité cranienne, il s'en écoule du liquide céphalo-rachidien clair; la dure-mère parfaitement intacte, le cerveau un peu congestionné, mais sain. Dans les sinus, quelques caillots cruoriques, non purulents, consécutifs sans doute à la ligature de la jugulaire. Le *sinus latéral* droit est entièrement obstrué par un caillot puriforme; il en sort du sang et du pus.

Les poumons un peu congestionnés, le cœur est normal; à l'ouverture de la cavité abdeminale, l'on trouve les anses intestinales très distendues par des gaz, le *foie* est énorme et pèse environ deux kilos, son volume est régulièrement augmenté, la forme générale est conservé, la constance est plus molle qu'à l'état normal, la couleur est d'un jaune verdâtre produite par l'imprégnation biliaire. Par places, on aperçoit les zones violacées dues à la congestion intense de l'organe; à la coupe, ne crie pas sous le scapel; coloration gris jaunâtre. La *rate* est énorme, coloration lie de vin; nombreuses taches ecchymotiques à la surface. Les *reins* sont congestionnés, mais la capsule se décortique facilement.

Des fragments du foie, de la rate et du rein, ont été prélevés à l'autopsie pour l'examen histologique; on a également recueilli avec une pipette stérilisée après cautérisation de la surface de l'organe du sang du foie, de la rate et du rein. Nous avons eu ainsi, tant par le pus recueilli au moment de l'opération, que par les matériaux histologiques et bactériologiques de l'autopsie, des éléments suffisants pour l'étude approfondie de notre cas. Et d'abord la bactériologie. Nous avons étudié tour à tour le pus de la mastoïde, du sinus latéral et des organes abdominaux.

Bactériologie. — Le *pus* de la *mastoïde*, fétide et grumeleux, examiné sur lamelle par la coloration au violet de gentiane, nous montre à côté de nombreux globules de pus, trois formes microbiennes : des bacilles courts en navette quelquefois réunis en amas ou en chaînettes; quelques-uns compris dans les globules du pus, c'était de beaucoup la forme microbienne la plus fréquente; une seconde espèce était constituée par des gros bâtonnets à extrémités carrées, prenant fortement la couleur,

entourés d'une auréole, beaucoup plus gros et beaucoup plus longs que la première espèce, isolés ou réunis bout à bout; enfin troisième forme microbienne ; quelques cocci isolés ou réunis deux à deux. Par le gram, le court bacille se décolore; l'autre long et les cocci restent colorés.

Nous avons ensemencé ce pus, sur deux tubes de bouillon, deux tubes d'agar incliné et une douzaine de tubes de gélose sucrée pour la culture des anaérobies, d'après la méthode de Veillon et Zuber. Au bout de vingt-quatre heures, les tubes d'*agar* inclinés donnent une large colonie blanchâtre, étalée, à bords festonnés gagnant toute la surface de la gélose et exhalant une odeur fétide caractéristique. Du *lait* ensemencé avec une parcelle de cette couche grisâtre, coagule rapidement. Une *pomme de terre* ensemencée se couvre rapidement d'une couche grisâtre, épaisse et fétide. Examiné sur lamelle, l'on trouve par la coloration simple le court bacille, plus haut décrit, qui se décolore par le Gram. Le *bouillon* est très troublé au bout de vingt-quatre heures, il exhale la même odeur que la gélose; sur lamelle montre à côté du petit bacille, qui est le plus fréquent, quelques rares longs bacilles ; par le Gram, le court bacille se décolore, le long bacille reste coloré. Enfin les *tubes anaérobiques* montrent dans la zone de l'anaérobiose, au bout de vingt quatre-heures, de nombreuses colonies en forme de lentilles, à côté de grosses colonies mûriformes ou en forme de rosette, dégageant en grande abondance des gaz fétides, et fendant la gélose. Les colonies se transforment en produits impalpables et tombent au fond du tube. Enfin, mais moins abondantes et seulement sur quelques tubes et de plus poussant aussi bien dans la zone d'anaérobiose que dans la zone des aérobies, on rencontre de grandes traînées blanchâtres. Examinées sur lamelle, les larges traînées laissent voir le petit bacille trapu ou en navette, se décolorant par la méthode de Gram ; toutes les autres colonies sont formées par le bacille, gardant le Gram ; mais n'ayant plus la capsule que nous lui avons trouvée dans le pus. Par des réensemencements successifs, nous sommes arrivés à séparer complètement les deux bacilles. Enfin nous n'avons pas retrouvé en culture les cocci signalés dans le pus. D'après les caractères que nous avons constatés à ces deux bacilles dans le pus, par les caractères des cultures et de la méthode de Gram, nous pouvons conclure que le petit bacille c'était du *coli-bacille*; tandis que le microorganisme anaérobie c'était le *bacillus perfringens* étudié par Veillon et Zuber, Rist, etc.

Par l'examen du *pus* du *sinus latéral* nous avons été encore confirmés dans notre opinion ; avec cette différence, que les cultures anaérobiques du bacillus perfringens sont moins abondantes ; examiné par lamelle, le perfringens affecte des formes plus courtes et plus grosses que celles provenant de la mastoïde. Par le Gram, quelques perfrigens se décolorent, d'autres restent colorés seulement à leurs extrémités renflées en massues. Rien à dire du coli, qui présente absolument les mêmes formes que dans la mastoïde. Enfin, le *sang* prélevé au moment de l'autopsie dans des pipettes dans le *foie, rate, rein*, poussent de la même façon avec la remarque que le bacillus perfrigens affecte dans ces cultures de formes incurvées, à côté de formes droites et surtout plus fréquemment des formes filamenteuses. Après une période d'une semaine, les colonies du perfringens ne poussaient plus par repiquage, et sur lamelle se décoloraient entièrement. Ces microbes, nous les avons inoculés aux animaux et voilà les résultats que nous avons obtenus. Nous avons choisi un tube de gélose sucrée où le coli bacille et le bacillus perfrigens avaient poussé d'une façon à peu près égale et nous en avons injecté 2 c.c. en culture solide, suivant la méthode de Hallé, par la seringue de Roux, dans la veine marginale de l'oreille d'un lapin. Le *lapin*, bien portant la veille, a été trouvé mort le lendemain. A son autopsie, on ne constate pas de grandes lésions : le poumon, le foie, la rate, etc., congestionnés; il a succombé à une septicémie suraiguë; le sang prélevé dans les organes montrent du coli-bacille et du bacillus perfringens. Un cobaye a été injecté sous la peau du dos, toujours par la méthode de Hallé, avec 2 c.c. de bacillus perfrigens. Après cinq jours, le cobaye présenta au point d'inoculation un abcès fluctuant, tendant à s'étendre vers l'aisselle de nature gangréneuse. En prélevant du pus avec une pipette, on trouve que ce pus est faiblement odorant, grumeleux, et contient du perfrigens à l'état de pureté. Un lapin et un cobaye, qui ont été inoculés dans le péritoine avec 2 c.c. de coli, ont notablement maigri, mais ne sont pas morts.

L'*examen histologique* des organes nous a donné les résultats suivants : *Foie* : Tout le centre du lobule hépatique présente des travées cellulaires prenant très mal les matières colorantes; les cellules ont un aspect uniformément trouble et présentent en outre une dégénérescence graisseuse à grosses vésicules. Les cellules de la périphérie du lobule, mieux conservées, présentent néanmoins de grosses gouttelettes graisseuses ; il y a peu de réaction interstitielle. *Reins* : Grosses congestions glomérulaires avec détritus cellulaires et un peu d'exsudat entre le glomérule et la capsule. Les épithéliums des tubes contournés sont tuméfiés et présentent un aspect homogène, tuméfaction trouble. *Rate* : Congestion énorme se traduisant sur les préparations au picrocarmin, par des îlots de globules rouges, très confluents. En somme, le foie, la rate, les reins, présentent tous les caractères anatomo-pathologiques du processus infectieux septicémique.

Plusieurs points sont à retenir dans cette étude et à discuter avec soin. Tout d'abord, l'*évolution clinique* a été particulièrement intéressante. Le *début* a rappelé la forme typhoïde de la thrombophlébite : sans frissons au début, très peu de frissonnements un peu plus tard, douleurs violentes derrière l'oreille ; le malade était plongé dans un état profond de prostration et d'asthénie, état saburrhal de la bouche, sécheresse de la langue, inappétence absolue et surtout beaucoup de diarrhée.

L'*aspect extérieur* se caractérisait par un facies terreux et un teint subictérique. Le diagnostic de thrombophlébite a été posé par l'empâtement mastoïdien, douleur nette à la ligne courbe occipitale ; teinte subictérique correspondant à un foie gros et douloureux, température élevée. Après l'opération, l'*évolution* a subi un cours un peu particulier. Ce qui a toujours dominé, c'est l'état d'asthénie et de torpeur; le pouls faible a nécessité fréquemment des injections de sérum ; la teinte subictérique a persisté et s'est accentuée ; l'état saburrhal a augmenté, se traduisant par de l'inappétence et des vomissements, et s'est accompagné à plusieurs reprises de diarrhée. Un phénomène important est survenu alors : *c'est la chute brusque de la température* de 4° et qui est toujours resté à 36°. L'analyse des urines a démontré que la présence de l'albumine et des pigments hépatiques modifiés, que le foie et le

rei[illegible]. L'état de prostration s'est maintenu jusqu'à la mort, qui est survenue dans le coma, sans phénomènes de [illegible]. On a simplement noté de la carphologie et du marmonnement. A aucun moment des troubles cérébraux autres que la stupeur. Les pupilles réagissaient bien, les réflexes étaient normaux, rien dans le fond de l'œil.

En somme les trois phénomènes les plus caractéristiques ont été ici : *un état de stupeur très prononcé, de la diarrhée* et *surtout la chute brusque de la température*, phénomènes que l'on n'est pas habitué à rencontrer au cours d'une thrombophlébite. Ces phénomènes nous paraissent recevoir une explication naturelle du fait même de l'espèce microbienne qui a causé cette septicémie. On retrouve, en effet, dans les infections expérimentales ou cliniques par le bactérium-coli, cet ensemble symptomatique que nous venons de décrire.

Gilbert et Dominici (1), Denys et Brion, Boix (2), en inoculant à des animaux des cultures virulentes de bactérium-coli ont provoqué chez ces animaux : 1° de la diarrhée ; 2° de l'amaigrissement ; 3° de l'hypothermie. Dernièrement dans une réunion de la Société médicale de Nancy, M. Vautrin (3), dans un rapport sur les affections coli-bactérienne d'origine chirurgicale a noté chez ces malades les symptômes suivants : état typhique, faciès terreux, symptômes péritonéaux : vomissements et diarrhée; hypothermie avec pouls petit et mou, mort dans le collapsus, en somme le tableau morbide de notre malade. Dans la même séance Spilmann (4) a rapporté ses expériences sur l'infection coli-bacillaire chez des jeunes animaux et arrive à des conclusions semblables. En nous appuyant sur ces expériences et ces opinions nous rapporterons au bactérium-coli les quelques caractères spéciaux. Mais d'où peut provenir ce bactérium-coli ? Nous savons qu'il est très abondant dans la flore du tube digestif; moins cependant dans sa partie supérieure par rapport à la partie inférieure. Il existe pourtant dans la *bouche* où on l'a constaté à plusieurs reprises. Grimbert et Choquet (5) l'ont trouvé 45 fois pour 100 dans la bouche d'individus normaux. Bourges (6), Lermoyez, Widal, l'ont signalé comme étant quelquefois la cause d'affections amygdaliennes. Il est probable que dans notre cas le bacille a passé de la cavité buccale dans la caisse par la *trompe*, qui est la voie ordinaire suivie par les microbes de la bouche pour infecter l'oreille. Mais le bactérium-coli comme il paraît résulter de beaucoup d'expériences (Macaigne et Lesage (7), Spilmann) n'est que peu virulent à l'état normal. Sous quelle influence sa *virulence* a été exaltée au point de produire des désordres si graves. C'est la question encore obscure qui se pose à l'égard de bien d'autres variétés microbiennes.

Il nous semble cependant que l'on peut risquer quelques explications : d'abord la *migration* du microbe hors de son milieu naturel a été signalé et peut être invoqué ici comme cause de l'exaltation de la virulence (Etienne (8).

Peut-être aussi que le microbe a-t-il vu augmenter son pouvoir [illegible] dans la caisse transformée en cavité close par suite d'obstruction de la trompe, qui se produit souvent dans le cours de l'otite moyenne.

Enfin une troisième hypothèse qui nous paraît le plus plausible est celle-ci : la virulence du bactérium-coli a été augmentée par le fait de son association avec le bacillus perfringens. Cette association bien connue pour les microbes aérobies a été peu étudiée jusqu'à présent pour les anaérobies, elle n'en doit pas moins exister. Nos expériences semblent prouver la possibilité d'exaltation de virulence d'un aérobie par un *anaérobie*.

Le bactérium-coli et le perfringens inoculés, chacun séparément dans les mêmes conditions aux cobayes, n'ont provoqué chez ces animaux que des lésions peu accentués ; injectés ensemble, au contraire, ils ont provoqué rapidement une septicémie foudroyante.

Ainsi nous rencontrons ici s'unissant pour exercer des plus grands ravages dans l'économie deux variétés microbiennes : l'une aéro, l'autre anaérobie se développant dans le même milieu non seulement sans s'y nuire, mais s'y rendant de mutuels services.

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE INFANTILES

Le Muguet.

Par le Dr H. de ROTHSCHILD.

Le muguet est une affection contagieuse assez fréquente chez les enfants en bas âge, surtout chez ceux de la classe pauvre, pour qui les soins hygiéniques sont insuffisants et dont l'alimentation est le plus souvent défectueuse. Berg (de Stockholm), puis Robin ont démontré l'origine parasitaire de l'affection. Le parasite est un champignon, l'*oïdium albicans* de Robin, qui se développe de préférence sur la muqueuse buccale des enfants affaiblis ou cachectisés. Pourtant, les enfants bien portants peuvent contracter le muguet par contagion directe (biberon, cuiller, etc.) d'une nourrice ayant allaité un enfant contaminé par le parasite. « L'affection débute par un sinus de petites masses assez régulières, arrondies, légèrement mamelonnées ou coniques, lisses, d'un blanc éclatant et sans transparence, d'abord distinctes les unes des autres puis formant des groupes qui se rapprochent par leur élargissement, et finissent par se confondre de manière à former une ou plusieurs couches membraniformes, épaisses, à surface inégale et tomenteuse. » (Parot. *Leçons sur l'atrepsie*, p. 72). Sur la face interne des joues le muguet couvre d'ordinaire une surface moins étendue qui a la forme d'un triangle allongé correspondant à l'espace intermaxillaire.

Les plaques parasitaires révèlent la forme circinée au niveau de la voûte palatine et du voile du palais. Planches, et pour ainsi dire [illegible] au début, les plaques de muguet ne tardent pas à s'altérer et à se salir en prenant une coloration jaune ou [illegible] légèrement brunâtre. L'adhérence du champignon à la muqueuse est telle qu'il est nécessaire pour les détacher de frotter assez vigoureusement les surfaces malades avec un corps dur, une spatule recouverte de linge, par exemple. La muqueuse sous-jacente est rouge, mais point ulcérée, à moins toutefois que le parasite ne soit fixé sur un point préalablement érodé. Il est, en général, plus aisé de déterger la face interne des joues et des lèvres que la face dorsale de la langue. A moins d'être enrayé par une thérapeutique appropriée, le muguet peut envahir successivement la langue, les gencives, la face interne des joues, le voile du palais, le pharynx et l'œsophage

---

(1) [illegible] et Dominici. — [illegible] de Biologie, janvier 18[illegible].
(2) Boix. — Société de Biologie, mai 18[illegible].
(3) Vautrin. — Société médicale de Nancy, 4 juin 18[illegible].
(4) Spilmann. — *Idem*.
(5) Grimbert et Choquet. — *Journal des connaissances médicales*, 18[illegible].
(6) Bourges. — Thèse de Paris, p. [illegible]
(7) Macaigne et Lesage. — Société de Biologie et *Archives Médecine expérimentale*, 1892.
(8) Etienne. — *Revue médicale de l'Est*, 1899.

et même l'estomac. Par lui-même, le muguet est peu grave, bien que son développement sur la langue gêne et paralyse, pour ainsi dire, les mouvements de succion, ce qui empêche l'enfant de s'alimenter d'une façon suffisante. Mais il fait partie le plus souvent d'un syndrome grave : l'athrepsie. Avec l'apparition du muguet, on constate, en effet, le plus souvent des troubles digestifs tels que vomissements, diarrhées, diminution de poids, des phénomènes généraux tels que : amaigrissement, sécheresse de la peau, abaissement ou élévation de la température, œdèmes des extrémités. Enfin des accidents locaux, dus à l'infection secondaire ou au défaut de soins hygiéniques, tels qu'érythème ou ulcérations des fesses, furonculose, impétigo, ophtalmies et othorrées, etc. Ces symptômes caractérisent l'athrepsie dont on connaît la gravité du pronostic.

Le diagnostic du muguet est des plus simples. L'état général de l'enfant, son aspect cachectisé, l'allaitement artificiel pratiqué avec un biberon défectueux et du lait de mauvaise qualité, la coexistence de diarrhée, de vomissements, d'érythèmes sont un élément précieux de diagnostic. On peut, cependant, confondre le muguet avec des concrétions laiteuses qui se déposent sur la langue et sur la face interne des joues. Mais ces concrétions ne sont point adhérentes et se détachent à la moindre pression. Les infections de la langue et de la muqueuse buccale, telles que la desquamation linguale, la dipthérie linguale, la stomatite aphteuse, herpétique, impétigineuse et ulcéreuses sont d'une nature tout autre que le muguet. Dans ces affections, la muqueuse est ulcérée ou érodée, les tubes blanchâtres ou jaunâtres ne se détachent pas de la surface muqueuse, etc. Enfin, l'examen bactériologique ou microscopique permet de faire un diagnostic précis s'il y a le moindre doute. La présence des filaments et des pores de l'*oïdium albicans*, dans la substance blanchâtre qui couvre la muqueuse, confirme le diagnostic de muguet.

TRAITEMENT DU MUGUET.

Prophylaxie. — Pour éviter l'apparition du muguet chez les nourrissons, il convient de bien les alimenter et de leur donner des soins hygiéniques appropriés. Le plus souvent, l'enfant allaité au sein ne contractera le muguet que si la femme qui le nourrit donne le sein à un autre enfant atteint de la maladie. Dans certains établissements hospitaliers, il peut se produire cependant des cas de contagion directe d'un nourrisson à un autre. Pour les nourrissons allaités au biberon, il est indispensable de leur administrer le lait de vache dans des conditions de propreté absolue. L'emploi du lait stérilisé administré dans des biberons parfaitement propres, lavés à l'eau bouillante, et conservés dans de l'eau ayant bouillie ; la réglementation des tétées, tant au point de vue du nombre des prises, que de la quantité de lait administré, telles sont les conditions hygiéniques indispensables à prendre pour éviter la cachexie du nourrisson et l'apparition du muguet qui en est la conséquence.

Thérapeutique. — Dans les cas bénins, il suffit, pour faire cesser rapidement et complètement l'évolution de l'*oïdium albicans*, de toucher les points de la muqueuse malade avec une solution alcaline : eau de Vichy, eau de chaux, ou une solution de bicarbonate de soude. Pour pratiquer ces attouchements il suffit, deux ou trois fois par jour, d'envelopper le petit doigt d'un linge très fin et imbibé d'une des solutions susindiquées, sur toute la surface de la muqueuse buccale et linguale. Au bout de 24 ou 36 heures, il ne subsiste aucune trace de la lésion. Pour les cas plus graves et plus anciens, on badigeonnera la muqueuse soit à l'aide du doigt enveloppé d'un linge, soit à l'aide d'un petit tampon d'ouate hydrophyle bien fixé au bout d'une pince, en faisant usage d'une solution de sublimé à 1 0/00 ou de liqueur de Van Swieten (solution alcoolique de sublimé à 1 0/00). Deux ou trois badigeonnages dans les 24 heures suffisent en général. M. Comby propose, pour traiter le muguet, des badigeonnages au perchlorure de fer, une fois par jour ou une fois tous les deux jours. Le Pr Baginsky (de Berlin) préfère des badigeonnages au permanganate de potasse (1 pour 25). Tordeur préconise le benzoate de soude à 10 0/0. Comme médication interne, on donnera au nourrisson une bonne alimentation (nourrice au sein ou lait stérilisé). Au moment de chaque tétée on lui donnera une ou deux cuillerées à café d'eau de Vichy ou d'eau de chaux. Baginsky recommande également une potion à la résorcine (1 gramme pour 100 d'eau), à raison de trois ou quatre cuillerées à café dans les 24 heures. Dans les crêches ou dans les hôpitaux d'enfants, on isolera les petits malades atteints de muguet et l'on prendra, vis-à-vis des autres, les mesures hygiéniques nécessaires pour les préserver de la contagion. L'hygiène seule suffit à prévenir et même à guérir le muguet.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Envois de malades des hôpitaux à l'Asile clinique.

M. le Dr Napias vient d'adresser aux directeurs des établissements hospitaliers, pour être communiquée aux chefs du service de santé, la circulaire suivante :

Le Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique à M. le Directeur de l'hospice de Bicêtre.

Paris, le 7 février 1900.

Monsieur le Directeur,

A la date du 10 mai 1897, je vous ai adressé une copie d'une dépêche de M. le Préfet de la Seine, relative à l'envoi dans les quartiers d'aliénés de déments séniles, inoffensifs, qui ne tombent en rien sous l'application des articles 18 et 19 de la loi du 30 juin 1838.

A la suite de réclamations réitérées et par deux lettres successives, M. le Préfet m'a signalé à nouveau la trop grande facilité avec laquelle la presque totalité des hôpitaux effectue des transferts sur l'Asile clinique (Sainte-Anne) de malades ou vieillards qui troublent momentanément l'ordre dans les salles.

Je vous rappelle qu'il est indispensable que les malades traités dans nos hopitaux ne soient l'objet de réquisitions en vue de leur admission dans un asile d'aliénés que s'il ne peut subsister aucun doute sur la persistance des troubles mentaux observés, et si d'autre part il est bien établi que ces troubles ne sont pas liés à la maladie pour laquelle ils sont soignés à l'hôpital.

C'est ainsi que récemment deux malades atteintes de fièvre typhoïde en pleine évolution ont été dirigées de deux hôpitaux sur l'Asile clinique où elles sont décédées moins de 48 heures après leur admission. Une troisième malade dans le coma a été conduite au même établissement et y est décédée dans la même journée. Le certificat du médecin en chef de l'asile est formel à cet égard. D'ailleurs la réquisition du commissaire de police mentionne que s'étant transporté au lit de la malade, il l'a interrogée sans pouvoir en obtenir de réponse en raison de son état d'inertie.

De pareils faits sont des plus regrettables et peuvent engager la responsabilité des Directeurs des Etablissements où ils se produisent. Je vous prie donc de faire appel de ma part au bon esprit de MM. les chefs de service, en leur communiquant la présente circulaire ; et d'aviser de concert avec eux à éviter que des transfèrements ne se produisent de nouveau dans ces fâcheuses conditions.

Enfin j'appelle votre attention sur l'invitation formelle donnée par M. le Préfet au Directeur de l'Asile clinique de faire reconduire les malades ou vieillards non reconnus atteints d'aliénation mentale à l'établissement hospitalier d'où ils viennent et d'où ils ont été envoyés à tort à l'Asile clinique.

Vous voudrez bien m'accuser réception des présentes instructions. — Le Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique : NAPIAS.

Cette circulaire vise deux catégories de malades : 1° les déments séniles ; — 2° les malades pris de troubles mentaux au cours d'affections aiguës ordinaires.

1° Nous connaissons depuis longtemps les plaintes des médecins des asiles au sujet des *déments séniles* que leur envoient les hôpitaux. Mais ces malades, qui sont *aliénés* en définitive, ne peuvent pas être conservés dans les salles des hôpitaux parce qu'ils sont une cause de trouble sérieux pour les autres malades. Les hôpitaux, avec juste raison, ne pouvant les garder, les asiles n'en voulant pas, bien qu'ils présentent l'une des formes de la folie, que deviendront-ils ? Il y a là une question de mesure. Mais les deux Administrations, municipale et départementale, doivent s'entendre et ne pas faire supporter aux malades les conséquences d'une mauvaise organisation et de distinctions que rien ne justifie.

Lorsque, à Bicêtre ou à la Salpêtrière, un vieillard plus ou moins affaibli offre une période d'excitation, on le fait passer dans la division des aliénés de l'hospice qu'il réintègre dès que le calme est revenu. Si l'Administration générale de l'Assistance publique de Paris, comme le voulait la loi du 10 janv. 1849, avait conservé l'administration des Asiles, elle pourrait agir de même envers les « déments séniles inoffensifs » des asiles. Ce passage direct, d'urgence, des asiles *départementaux* dans les *hospices municipaux* n'étant pas possible, les asiles sont obligés de conserver les déments séniles ou de proposer de les diriger sur les dépôts de Nanterre ou de Villers-Cotterets... qui ne tarderaient probablement guère à les leur rendre.

2° Quant aux malades atteints de délire au cours d'une affection aiguë, les faits cités par M. Napias sont vraiment regrettables et il a raison de vouloir qu'ils ne se reproduisent pas. Ils prouvent l'utilité que nous avons si souvent signalée de faire passer, ne serait-ce que durant un mois ou deux, les infirmiers, infirmières et sous-employés des deux sexes, dans un service d'aliénés. Alors ils s'inquiéteraient moins des troubles intellectuels présentés par les malades et s'en rendraient mieux compte. Ils montrent aussi l'obligation de la part du médecin d'hôpital d'un examen minutieux du malade avant de signer le certificat d'aliénation mentale.

Les accidents de ce genre, faciles à éviter, ne se produisent pas seulement chez les malades des hôpitaux envoyés à l'Asile Clinique, on les observe aussi chez des malades transférés de l'Asile Clinique dans les autres asiles. Et, à l'appui nous allons répéter ce que nous disions dans notre *Rapport sur le projet de budget* de l'asile de Villejuif pour 1900, sous la rubrique : *Précautions à prendre pour l'envoi des aliénés du Bureau d'admission aux Asiles.*

Dans le tableau des décès du service de M. *Briand*, nous remarquons que trois malades sont décédés en moins de huit jours après leur entrée, et quatre de huit à quinze jours. Et, dans le rapport de M. *Pactet*, que neuf sont décédés après un séjour de moins d'une semaine et quatre avant deux semaines. On peut en inférer que, au moment du départ du Bureau d'admission, ces aliénés étaient déjà dans un état qui aurait peut-être dû motiver leur maintien à l'Asile Clinique. Aussi conviendrait-il dans les cas analogues de faire prendre la *température* de ces malades (1). On constaterait alors qu'il est plus prudent de les maintenir au Bureau d'admission.

La précaution que nous conseillons pour le transfert des malades du Bureau d'admission dans les autres asiles — et que nous prenons dans notre service — pourrait être prise pour le transfert des malades des hôpitaux à l'Asile clinique. En cas d'hyperthermie ou d'hypothermie, le malade serait naturellement maintenu à l'hôpital jusqu'à nouvel ordre.

Mais, pour faire cesser toutes les réclamations du service départemental, pour empêcher le retour des accidents regrettables que signale la circulaire de M. le Dr Napias, l'administration *municipale* peut recourir à des moyens très simples, que nous avons déjà indiqués :

1° Placements *volontaires*, sans intervention du commissaire de police, sauf dans des cas qui sont exceptionnels, des malades *aliénés* des hôpitaux ; — 2° envoi direct, sans le passage au Bureau d'admission, des hommes *aliénés* à l'asile de Bicêtre, — des femmes *aliénées* à l'asile de la Salpêtrière.

En agissant ainsi, l'Administration municipale mettra fin à des pratiques qui lui attirent des désagréments et elle fera acte d'humanité. Est-ce trop demander ?

BOURNEVILLE.

Tous les Traités de médecine mentale considèrent la *démence* comme une des formes de l'aliénation mentale et partant, comme devant être soignée dans les asiles d'aliénés. La *démence sénile*, variété de la *démence*, a droit au même traitement et à la même hospitalisation. « La démence sénile, dit Delasiauve, appartient essentiellement à l'ordre des *démences* spontanées... Le malade va et vient sans but, bavarde beaucoup, parle seul, déchire, chiffonne, met sa toilette en désordre, salit ses vêtements, etc. Cet état s'accompagne souvent d'une agitation plus ou moins forte et durable. La figure s'anime, la turbulence est extrême, le malade court à grands pas dans les cours, dans les salles, provoquant tout le monde, gesticulant, déclamant, chantant. On le voit enfin, le paroxysme montant, ne cesser nuit et jour, pendant des jours, des semaines et des mois entiers troubler par ses cris et ses vociférations, le repos de toute une salle ou de toute une division (2). »

Nous avons vu, dans ces derniers jours, à l'occasion d'une bronchite, une femme de 74 ans, atteinte de démence sénile depuis plusieurs années qui, dans la convalescence de son affection aiguë, a présenté, à diverses reprises, cette espèce d'agitation dont il est parlé plus haut, avec colères, menaces, qui aurait rendu difficile son sejour dans une salle d'hôpital.

Une autre malade de 34 ans, après avoir eu la *grippe* en janvier, a été prise dans la convalescence d'un *accès de folie* caractérisé par un veritable délire de paroles, avec

(1) [illegible]

(2) Delasiauve. — *Journal de Médecine mentale*, t. I, p. 117-118.

hallucinations de la vue et de l'ouïe. On nous avait appelé en vue de son placement dans une maison de santé. Comme elle n'avait pas d'idées de suicide ni de troubles des actes, nous avons [illegible], bien nous en a pris, car quelques jours plus tard se développaient successivement tous les signes de la fièvre typhoïde. Dans ce cas, la prise de la température nous a rendu un réel service. [illegible]

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 24 février 1900. — Présidence de M. Troisier.

M. Gley lit le discours qu'il a prononcé sur la tombe d'un membre de la Société décédé, M. Bouchereau.

MM. Roger et Garnier chez une femme atteinte de tuberculose pharyngée et pulmonaire, et morte de granulie 17 jours après l'accouchement, ont trouvé dans le lait le bacille de Koch, sans lésion tuberculeuse de la glande mammaire. Ce lait, recueilli aseptiquement, et injecté à deux cobayes : le premier reçut 4 c.c. sous la peau et mourut au bout de 33 jours de lésions typiques de tuberculose généralisée, le second, qui n'eût que 2 c.c. dans le péritoine, survécut. Sacrifié 10 mois après l'inoculation, ce cobaye présentait des lésions cicatricielles banales sans tubercules, ni bacille de Koch. L'enfant, que sa mère voulut nourrir, mourut six semaines après la naissance. Il présentait des granulations dans les ganglions mésentériques, le foie, la rate, les reins. Il semble donc que les principales voies d'apport chez cet enfant fut le tube digestif. Ce fait prouve, contre les assertions de Fide, Bonis, Boug, que le lait d'une femme phtisique peut contenir le bacille de Koch et servir d'agent de transmission à la tuberculose.

MM. Oppenheim et Lippmann ont, sur dix cas de rhumatisme, trouvé six cas positifs et quatre négatifs. Dans des tubes de bouillon et de lait rendus anaérobies du sang aseptique, recueilli au niveau du pli du coude chez des rhumatisants aigus, fut ensemencé. Le lait seul a donné des cultures après coagulation avec rétraction d'un caillot spongieux et aéré : sérosité citrine surnageant et dégageant du gaz à l'ouverture des tubes. A l'examen, on trouve un diplocoque à éléments légèrement allongés, sans capsule, prenant bien les colorants et gardant le Gram. Repiqué sur les milieux usuels ce microbe pousse bien en anaérobie et en aérobie ; la glycérine entrave son développement. La souris seule fait les inoculations, quand le diplocoque se trouve dans le sang du cœur. Dans un cas de rhumatisme grave, le diplocoque fut trouvé directement dans le liquide d'une pleurésie double. Les cultures reproduisirent le même microbe. La fréquence du microbe dans les cultures de rhumatisme, la constance de ses caractères permettent d'admettre son rôle important.

MM. [illegible] et [illegible] (de Toulouse) ont étudié l'écoulement de l'urine des uretères. La quantité n'est pas égale pour les deux reins, et aussi pour le même rein à divers moments. L'alternance physiologique des deux reins n'a pas été démontrée par les expériences : cette variation des quantités [illegible] plutôt être attribuée à la pléthore vasculaire.

Mme Ph[illegible] a étudié les *clasmatocytes* du Pr Ranvier dans le mésentère des batraciens adultes et l'épiploon des mammifères ; on les retrouve dans la peau de la salamandre terrestre [illegible]. La méthode employée par Ranvier [illegible] ces fragments de peau [illegible]. Mais les préparations persistantes [illegible] par le bleu de Unna [illegible] chromo-ac[illegible]. Après [illegible], le protoplasma [illegible] en violet rouge, le noyau en violet bleu, et le procédé permet de monter au baume. C'est dans la couche vasculo-pigmentaire du derme que ces éléments apparaissent, et on observe toutes les phases de leur évolution, depuis la forme leucocytaire typique jusqu'aux formes géantes ramifiées, et aux amas de granulations qui en constituent les débris. La présence des leucocytes en si grand nombre dans un tissu où la prolifération cellulaire est si abondante permet de penser qu'ils ont une fonction active et que la *clasmatose* joue un rôle important dans les phénomènes nutritifs.

M. Bumpt établit que la fécondation chez la sangsue, peut se faire par pénétration hypodermique.

M. Malassez lit une note de M. Zacchariadès sur l'*histologie du tissu conjonctif.*

M. de Cyon présente quelques remarques sur le sens de l'espace, en réponse à la présentation de M. Bonnier.

Mme Pompilian étudie les cellules nerveuses du cœur de l'escargot.

M. Castex (de Rennes) envoie une note sur le mécanisme du soulèvement du corps sur la pointe du pied. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 27 février 1900. — Présidence de M. le Pr Panas.

Diabète insipide et gliome du quatrième ventricule.

M. Marinesco présente un cas de polyurie (12 litres par jour) nerveuse, après une violente contusion rachidienne chez un sujet nerveux. Cachexie progressive et mort subite. A l'autopsie on trouva une tumeur gélatineuse et hémorragique du quatrième ventricule, ayant peu à peu détruit le nœud vital.

Rhinoplastie totale.

M. P. Berger présente un très beau succès obtenu par la rhinoplastie totale, avec charpente métallique de soutien inclus entre deux plans de lambeaux, dans un cas de destruction complète du nez (charpente creuse et parties molles).

Traitement des angiomes.

M. Le Dentu, à côté de l'électrolyse, signale les bons résultats obtenus par l'ignipuncture, les injections de liqueur de Piazza. Ces procédés ont le grand avantage d'agir rapidement en très peu de séances.

M. Berger signale de son côté, et avec grande raison, le danger des procédés à séances trop nombreuses chez les jeunes enfants pour la santé générale. L'ignipuncture au galvano-cautère lui a donné de très bons résultats.

M. Championnière a employé avec succès le thermocautère. Il a vu des accidents par les injections coagulantes de perchlorure de fer.

M. Le Dentu répond que la liqueur de Piazza a précisément sur le perchlorure l'avantage de donner des caillots fermes et résistants.

Elimination du cacodylate de soude.

MM. H. Imbert et Badel montrent que l'élimination par les urines du cacodylate ingéré par la bouche est à la fois très rapide (l'arsenic apparaît dès la première émission d'urine) et très prolongée (plus d'un mois). Ces faits ont un grand intérêt en médecine légale.

La grippe atténuée.

M. Huchard, dans une communication fort importante, étudie les formes atténuées et larvées de la grippe : névralgiques, asthéniques, fébriles simples. Ces formes larvées de la grippe, ces sortes de grippe ambulatoire sont dangereuses [illegible] pas soignées et qu'elles [illegible]. Ce sont, en effet, les infections secondaires qui font la gravité de la grippe et c'est contre elles seules que la thérapeutique peut lutter. Il faut recommander les lavages antiseptiques

de la bouche, de la gorge, des fosses nasales, éviter les vésicatoires qui ouvrent la porte à l'infection. Contre le danger des insuffisances hépatiques et rénales, il faut employer une alimentation appropriée, légère et garder autant que possible le régime lacté. La quinine doit être donnée à doses massives sous forme de bromhydrate. L'ergot de seigle joint au sel de quinine donne de bons résultats. L'antipyrine n'est pas un bon médicament, car il diminue la sécrétion rénale et la tension artérielle. Dans les formes asthéniques, le sulfate de strychnine peut être employé.

M. Hayem fait des réserves au sujet du sulfate de quinine (1), trop irritant pour l'estomac, et du régime lacté trop débilitant dans la grippe asthénique.

M. Laborde signale la valeur préventive des lavages de la bouche et des fosses nasales avec la solution phéniquée à 1 pour 200 en gargarismes chauds et en reniflements. Il montre que l'antipyrine contre la céphalée de la grippe, est difficilement remplacée. Il indique un très bon moyen de la donner à doses minimes, en infusion, dans du café. L'action diurétique du café avec la tolérance pour l'antipyrine.

M. Huchard, comme M. Hayem, donne le moins possible de médicaments aux grippés. Il a d'ailleurs préconisé le lait comme boisson, et non le régime lacté intégral, ce qui est bien différent.

Des épilepsies généralisées consécutives aux traumatismes et de leur traitement.

M. Chipault, à l'appui des bons résultats que donnent, dans ces sortes d'épilepsie, les interventions craniennes purement décompressives, rapporte six cas personnels suivis, pour la plupart, depuis plusieurs années, et sur lesquels cinq fois les crises épileptiques ont disparu complètement et définitivement. Il présente une de ces malades, chez laquelle les résultats ont été particulièrement brillants.

Rougeole et désinfection.

Conformément à la proposition faite par M. Vallin dans la dernière séance, l'Académie, à l'unanimité, décide que l'on doit inscrire la rougeole sur la liste des maladies contagieuses dont la déclaration est obligatoire.

A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 février 1900. — Présidence de M. Troisier.

Ectopie cardiaque.

M. Barbier signale un cas de déplacement du cœur où la sclérose du poumon droit paraît être la cause de cette ectopie. Son malade avait au sommet du poumon droit des signes cavitaires, des signes de dilatation bronchique et des adhérences pleurales du même côté.

M. Merklen demande à M. Barbier s'il y avait chez son malade des ondulations de la paroi.

M. Barbier n'a pu faire un long examen du malade qu'il n'a pu voir qu'une fois. Les ondulations ne l'ont pas frappé et ce qui a attiré le plus son attention, c'est le choc du cœur sous le mamelon droit.

Ascites lactescentes ou laiteuses.

M. Widal a observé un alcoolique de 50 ans, atteint depuis deux ans de la dyspnée mais qui depuis dix jours présentait de l'ascite, la ponction permit de retirer deux litres de liquide lactescent. Le malade mourut. A l'autopsie on trouva une cirrhose du foie. L'examen du liquide révéla de nombreux éléments mononucléaires d'Erlich se rapprochant des gros lymphocytes observés par Hayem. Il y avait, en outre, 1 gr. 45 de graisse par litre. La présence de ces éléments leucocytaires mononucléaires prouvent l'origine lymphatique de l'ascite en question. Car les leucocytes du sang sont surtout polynucléaires. Il est probable que ces leucocytes provenaient d'une compression par le foie du canal thoracique. Le sérum du sang examiné était d'une limpidité parfaite. Aucune lésion notable des vaisseaux lymphatiques n'existait.

M. Vaquez a observé une ascite lactescente chez un malade atteint probablement d'un cancer de l'abdomen. M. Vaquez a trouvé dans ce liquide au microscope très peu de leucocytes et de nombreuses granulations. M. Vaquez a pu se rendre compte que ces granulations graisseuses étaient enveloppées d'une enveloppe albuminoïde. L'acide osmique ne colore ces granulations graisseuses que quand l'enveloppe albumineuse est détruite par le liquide d'*Abran*. Ces granulations étaient animées de mouvements browniens.

M. Siredey a vu un malade ponctionné par M. Mathieu atteint de cirrhose avec ascite laiteuse. M. Siredey a ponctionné plusieurs fois ce malade, au bout de plusieurs ponctions le liquide est devenu de moins en moins laiteux et à la cinquième ponction le liquide est devenu citrin et limpide comme dans l'ascite ordinaire.

Isolement de l'estomac.

M. Launois présente une série d'estomacs de chiens isolés selon la méthode de M. Frémont pour en retirer le suc gastrique. Sur ces pièces, on peut se rendre compte que les branches du nerf pneumogastrique sont en grande partie conservées. Dans ces estomacs la musculature est énorme.

M. Hayem malgré cette très intéressante présentation persiste à croire que le suc gastrique obtenu par M. Frémont est anormale.

La médication cacodylique.

M. Dalché a essayé la médication cacodylique. Il a administré le cacodylate de soude sous forme pilulaire et a donné jusqu'à 7 centigr. 50 sans accidents. Il a choisi des malades dont le tube digestif et les reins étaient intacts. Un certain nombre de malades ont rapidement engraissé. Chez les tuberculeux, il n'a constaté aucune amélioration des symptômes stéthoscopiques, M. Dalché dans plusieurs cas de phtisie fibreuse a noté une augmentation notable de poids et un relèvement de l'état général. Certains qui ont augmenté de poids, n'ont pas eu de changement dans leur état général et n'on présenté que des améliorations passagères. Certains n'ont obtenus aucun résultat. Chez d'autres la maladie s'est aggravée sans qu'il y ait eu une intolérance de la médication. En ville M. Dalché a obtenu de meilleurs résultats. Dans beaucoup de cas la voie hypodermiques a été préférée. Chez la plupart des malades l'urée était considérablement augmentée.

M. Hayem n'est pas d'avis de se servir de la voie digestive. Il a donné le cacodylate de soude à la dose de 0 gr. 05 ou 0 gr. 10. La tolérance est parfaite, mais il ne peut encore se prononcer sur la valeur thérapeutique de a médication.

M. Danlos a donné le cacodylate de soude à assez fortes doses dans les affections cutanées (psoriasis entre autres). M. Danlos préfère aussi la voie hypodermique.

M. Galliard a constaté que le cacodylate de soude relevait l'état général du malade, le faisait engraisser sans agir sur la tuberculose à proprement parler.

M. Hayem rappelle que M. Gauthier considère le cacodylate de sodium comme dangereux pris par le tube digestif car il peut se former de l'oxyde de cacodyle qui est très toxique.

M. Merklen qui a administré une fois du cacodylate à un tuberculeux mais, comme ce malade avait en outre un cancer du foie, le cacodylate fut mal supporté.

Pellagre.

MM. Gaucher, Crépin (d'Alger) et Sergent communiquent une observation de pellagre avec examen microscopique des viscères, où l'on constate l'atrophie des viscères, particulièrement de la rate, la dégénérescence graisseuse et des lésions pigmentaires de ces viscères; confirmation des résultats déjà communiqués à la Société en juillet 1895. J. N.

(1) Nombre de grippes actuellement observées à Paris sont certainement compliquées d'impaludisme. Les sels de quinine sont alors indispensables. Ils pourraient, en cas d'intolérance gastrique, être donnés par la voie sous-cutanée. (A.-F. P.).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 24 février 1900. — PRÉSIDENCE DE M. RICHELOT.

La séance est ouverte à 4 h. 15.

Le procès-verbal de la dernière réunion est lu et adopté.

Correspondance imprimée. — Revues et journaux habituels. — *Prophylaxie des maladies évitables*, par le Dr Bedoin. — Annuaire de l'Université de Toulouse (année 1899-1900). — Bulletin de l'Université de Toulouse (janvier 1900). — *Notice de la vie de Duchenne* (de Boulogne), par le Dr Houzel (de Boulogne-sur-mer). — Quatre brochures du Dr F. Déléage : *Etude clinique sur la maladie de Thomsen; le traitement de la goutte à Vichy; sur le diagnostic du goitre exophtalmique; le lavage de l'estomac.*

Correspondance manuscrite. — 1° Lettre du Dr Henri Fournier s'excusant de ne pouvoir, par suite d'une indisposition, lire son travail de candidature; 2° Lettre du Dr Déléage (de Vichy), posant sa candidature comme membre correspondant national et envoyant à l'appui les ouvrages cités ci-dessus. Parrains : MM. Jullien et Guépin. — Une commission composée de MM. Jullien, Tissier et Guépin, rapporteur, est nommée pour examiner les titres du candidat; 3° Lettre du Dr Félix Terrien (de Paris), posant sa candidature comme membre titulaire. — Parrains : MM. Tissier et Cazin.

De l'alcoolisme insidieux.

(Maladies « de la nutrition » d'origine alcoolique).

Par le Dr **Frantz GLÉNARD**, correspondant de l'Académie de Médecine.

Sous le nom d'alcoolisme *insidieux*, je propose de distinguer une variété d'alcoolisme qui surprend et envahit l'organisme en cachant sa malignité sous la forme de signes ou de syndromes sans lesquels on ne reconnaît pas l'intoxication. De la sorte on ne sait pas dépister l'origine de ces signes ou syndromes, par conséquent, on ne retire pas de leur examen la véritable indication pour combattre l'intoxication dont ils sont les avant-coureurs ou les témoins.

L'alcoolisme *insidieux* se distingue de l'alcoolisme *latent* en ce que, dans ce dernier cas, l'intoxication ne se traduit encore par aucune manifestation morbide. Celle-ci ne se révélera que plus tard, soit par l'allure qu'elle donnera à quelque maladie intercurrente, soit par une des déterminations propres à l'alcoolisme *franc*.

Les signes et syndromes de l'alcoolisme *franc*, qu'il s'agisse de simples stigmates, tels que les rêves professionnels, les cauchemars, les crampes, les fourmillements, l'hyperesthésie cutanée et musculaire, etc., ou de maladies confirmées, telles que le catarrhe gastrique avec vomissements le matin au lever, le delirium tremens, la cirrhose atrophique ou hypertrophique du foie, etc., sont si caractéristiques que, dans bien des cas où ils relèvent d'une tout autre origine que l'alcool, on se croit, et c'est à tort, en droit d'incriminer tout de même des excès alcooliques non avoués par le malade.

C'est précisément le contraire avec les manifestations de l'alcoolisme *insidieux*, on en méconnait la nature parce que, le plus fréquemment, elles relèvent d'une autre origine que des excès alcooliques. Ce sont, en effet, les maladies qu'on a groupées sous le nom de « maladies de la nutrition » et qu'on désigne sous les noms d'obésité, lithiases, diabète, goutte, etc., et diverses neurasthénies ou dyspepsies que je fais rentrer dans ce groupe. Ces maladies sont le plus généralement, et parfois à juste titre, imputées à une viciation héréditaire de l'organisme. Or je pense démontrer que, dans nombre de cas, ce peuvent être des maladies acquises, dont les excès alcooliques ont été la cause première, et même dans la genèse desquelles rien n'autorise, à moins de commettre une pétition de principe, à faire intervenir la moindre prédisposition héréditaire.

Les maladies de la nutrition d'origine alcoolique sont fréquentes. On en peut juger par la proportion qu'on en rencontre dans une des stations thermales où convergent les maladies de la nutrition, à Vichy, par exemple. J'ai étudié, à ce point de vue, dans cette station, un millier de malades, soit le dernier millier de ceux que j'y ai observés. Or, les antécédents alcooliques avoués et avérés se retrouvaient comme cause première, chez des sujets en parfaite santé jusque-là, dans 103 cas sur 1.000, c'est-à-dire chez plus de 10 0/0. Si l'on considère que, sur ces 1.000 malades, il y eut 466 hommes et 534 femmes et que, sur les 103 alcooliques, il y a 100 hommes et 3 femmes, il se trouve que 21 p. 100 des hommes, atteints des maladies justiciables de la cure de Vichy, ont été rendus malades par les excès de boissons alcooliques. Dans une autre série de mes malades, étudiée à titre de contrôle, celle de l'année 1898, par exemple, j'ai trouvé une proportion encore plus élevée, la proportion de 25 0/0 d'alcooliques chez les sujets du sexe masculin.

Cette proportion de 21 0/0 d'alcooliques est d'autant plus attristante qu'il s'agit d'hommes appartenant aux classes moyenne et supérieure de la société, que leur culture devrait mettre à l'abri de tels écarts d'hygiène. Elle s'éloigne peu de celle qui a été notée dans les classes inférieures. D'après les chiffres donnés par M. Jacquet dans son remarquable rapport à la Société médicale des hôpitaux de Paris, on peut estimer à 31 0/0 la proportion des alcooliques parmi les consultants dans les services des hôpitaux (celle des hospitalisés étant de 46 0/0), mais dans ces 31 0/0, M. Jacquet comprend, à côté des alcooliques, les alcoolisés, c'est-à-dire, ceux qui viennent consulter pour une maladie non alcoolique, ceux qui ont l'alcoolisme latent, tandis que, dans mes 21 0/0, ne rentrent que les malades dont l'affection est d'origine alcoolique. Comment se fait-il que la possibilité d'une origine alcoolique soit encore méconnue pour les maladies de la nutrition ? Comment prouver que les maladies de la nutrition chez les alcooliques peuvent être une conséquence de l'intoxication par l'alcool?

L'étude du diabète permet de répondre à ces deux questions.

J'ai, en 1890, dans une communication à l'Académie de Médecine, formulé les propositions suivantes, d'après des recherches portant sur 324 diabétiques (234 hommes et 90 femmes).

Lorsqu'on pratique systématiquement et méthodiquement l'exploration du foie par la palpation (palpation classique et « procédé du pouce ») chez les diabétiques, on constate que, contrairement à l'opinion classique, le foie présente des signes objectifs anormaux dans 70 à 80 0/0 des cas. Dans 35 0/0 des cas, c'est une hypertrophie, et cette proportion est la même dans les deux sexes; la densité du foie est augmentée chez le tiers et la sensibilité de cet organe est accrue chez le quart des diabétiques ; le foie induré et indolent, qui est la forme objective la plus rebelle des maladies du foie, existe chez 23 0/0 des diabétiques, dans 40 0/0 des foies accessibles à la palpation.

Le diabète des malades chez lesquels on trouve ces altérations hépatiques, peut être non seulement le diabète vrai, c'est-à-dire caractérisé par une glycosurie constante dont le maximum a dépassé 40 grammes, et dont le minimum est toujours supérieur à 5 grammes et par les symptômes : soif, polyurie, faiblesse; mais cette forme de diabète est d'autant plus fréquente, que les signes objectifs du foie traduisent une altération plus accentuée (hypertrophie, dureté, indolence du foie).

Le foie diabétique examiné chez un même malade, à des semaines et à des années d'intervalle, est le siège d'un processus évolutif constant, qui, apprécié par la mutation des caractères objectifs de volume, de forme, de densité et de sensibilité du foie, peut présenter une allure tantôt d'aggravation, tantôt d'amélioration, et ces phases d'évolution sont parallèles aux phases d'exacerbation ou de rémission du syndrome.

Si, dès lors, en présence de ce rôle imprévu joué par le foie, au lieu de s'arrêter dans la recherche des anamnestiques aux causes classiques d'ailleurs souvent absentes du diabète, telles que hérédité, chagrin, traumatisme, on fouille les antécédents du malade dans l'espoir d'y trouver une maladie hépatique, où à son défaut une étiologie hépatique, et que l'on relève tous les antécédents morbides, depuis le premier trouble de la santé, on trouve, comme cause première la plus fréquente, les excès alcooliques chez 36 0/0 des malades. Si, parmi ces antécédents, dont plusieurs peuvent se rencontrer chez un même malade, on cherche quels sont ceux qui ont été le plus souvent les premiers en date, à part l'hérédité, on trouve en première ligne les excès alcooliques chez 33,6 0/0 des diabétiques. Si enfin on cherche encore, parmi les cas précédents, ceux dans lesquels un de ces anamnestiques a été le plus souvent, non seulement le premier en date, mais le seul qu'il ait été possible de relever avant l'éxclosion du diabète, on trouve que cet anamnestique eclusif, les cas à hérédité suspecte mis à part, a été les excès alcooliques chez 27,7 0/0 des diabétiques. Cette coïncidence, si fréquente entre un diabète vrai, une affection du foie de telle nature, qu'elle fait soupçonner des antécédents alcooliques, et enfin des antécédents alcooliques, et enfin les antécédents alcooliques, non seulement assez caractérisés pour avoir pu déterminer une maladie du foie, mais assez nettement isolés de tout autre antécédent pour que, sans eux, la maladie de foie soit inexplicable, une telle coïncidence permet de supposer que le diabète est une conséquence de l'affection du foie, et l'affection du foie une conséquence des excès alcooliques.

Je n'insiste pas ici sur les arguments que j'ai fait valoir pour montrer que cette hypothèse était l'expression de la réalité. Il est pourtant deux arguments que je dois rappeler. Le premier, c'est la constatation, entre les excès alcooliques, dont le début a précédé de dix à quinze années l'éclosion du diabète, d'un côté, et, de l'autre, le diabète actuellement décelé, de divers états morbides, impliquant, par leur nature, un état pathologique du foie (se traduisant d'ailleurs par les signes objectifs et urologiques nettement caractérisés), et, par leur succession suivant un ordre déterminé dans un grand nombre de cas la notion d'un processus évolutif de nature pathologique du foie.

C'est ainsi que, dans 65 cas de diabète alcoolique, on a noté entre le début des excès alcooliques et le diabète, les épisodes suivants :

Dans 26 cas, pas de maladie intermédiaire entre les excès alcooliques et le diabète ; dans 11 cas : alcool, pituite, obésité, diabète ; dans 3 cas : alcool, pituite, congestion du foie, diabète ; dans 6 cas : alcool, congestion du foie, diabète ; dans 4 cas : alcool, dyspepsie, diabète ; dans 1 cas : alcool, colique néphrétique, congestion du foie, diabète ; dans 1 cas : alcool, colique néphrétique, diabète ; dans 1 cas : alcool, épistaxis, diabète ; dans 1 cas : alcool, rhumatisme chronique, congestion du foie, épistaxis, diabète.

Il paraît donc évident que ces épisodes intermédiaires relèvent de la même pathogénie que le diabète, qu'ils traduisent, par conséquent les phases d'un même processus, et doivent être considérés comme des maladies hépatiques alcooliques. La preuve qu'une telle interprétation est juste, et c'est là mon second argument, fut faite le jour où j'observai, chez un de ces diabétiques, la disparition de la glycosurie et la substitution, au syndrome du diabète, à une cirrhose atrophique avec ascite ; le malade mourut en vrai alcoolique. Pareils faits ont été relevés par André (de Toulouse), Féréol, Harley, Gros, Lenné, Schmey, Hayem, Triboulet, Wateau, Gilbert et Weill, qui ont confirmé ou admis la justesse de mon observation. C'est, du reste, depuis que j'ai fait connaître l'existence d'un diabète alcoolique, qu'ont été supprimés, dans le traitement du diabète, les vins généreux, si largement prescrits jusque-là contre ce symptôme : faiblesse, qui, d'après moi, est d'origine hépatique.

Il existe donc un diabète alcoolique ; il existe donc des lithiases, de l'obésité, des dyspepsies, des neurasthénies, etc. ; hépatiques alcooliques.

Si maintenant, autorisés par les constatations précédentes, nous groupons les maladies de la nutrition, non pas d'après le syndrome, pour rechercher chez ces malades, parmi les divers moments étiologiques, les cas où l'alcoolisme peut être incriminé, mais d'après la cause première, et que nous mettions à part ceux où les excès alcooliques sont la seule cause que décèlent les antécédents, la santé ayant été parfaite jusque-là, voici ce que nous observerons. Je prends, pour exemple, les 103 alcooliques que j'ai relevés sur le millier de malades dont je parlais en commençant :

1° La proportion des maladies de la nutrition imputables à l'alcoolisme est de 21 0/0 chez les malades appartenant à ce groupe nosologique ;

2° Le mode d'alcoolisation a été le suivant : dans la moitié des cas, excès de liqueurs, eaux-de-vie prises, soit avant (apéritifs), soit après le repas ; dans un quart des cas, excès de vins, et, dans le dernier quart, excès de bière, ces boissons étant prises, aussi bien entre les repas que pendant les repas ;

3° L'absence des symptômes d'ivresse, d'ivrognerie dans les antécédents de ces alcooliques (d'où l'expression d' « éthylisme » que j'ai proposée en 1888, et qui a été adoptée), mais au contraire la fréquence de la pituite (vomitus matutinus), dans 40 0/0 des cas ;

4° Le long intervalle, parfois plusieurs années, qui existe entre la cessation des excès alcooliques et la maladie actuelle, intervalle qui explique l'omission, dans l'enquête étiologique classique, d'un anamnestique aussi important ;

5° La variété des syndromes, observés chez les malades à antécédents alcooliques exclusifs, et imputables à l'intoxication : c'est ainsi que, sur les 103 alcooliques, j'ai relevé 27 diabétiques, 17 cirrhotiques, 13 goutteux, 12 neurasthéniques, 9 malades atteints de lithiase biliaire, 3 atteints de lithiase urique, 4 ayant des crises gastriques avec vomissements, 7 de la congestion hépatique, 2 de l'obésité, 2 du rhumatisme avec diarrhée, 1 de diarrhée chronique, 4 de la dyspepsie gastro-intestinale, 1 des vertiges, 1 de la néphrite albumineuse.

Il m'a semblé que la cirrhose hypertrophique, la congestion du foie étaient plus fréquentes chez les buveurs d'alcool, la goutte et le diabète chez les buveurs de bière, la cirrhose atrophique et les affections ner-

veuses chez les buveurs de vin ; ces constatations confirmeraient [illegible] celles de Lancereaux. Je note expressément ici l'identité frappante de proportion, entre le nombre des cas de diabète alcoolique relativement à la totalité des diabétiques, dans ma statistique actuelle et dans celle que j'ai dressée, il y a dix ans : en 1890, sur 234 hommes diabétiques, ainsi qu'en 1900, sur 81 hommes diabétiques, 33 0/0 des malades ont des antécédents alcooliques.

6° Il existe un rapport entre telle ou telle maladie de la nutrition et l'âge du malade à antécédents alcooliques, chez lequel on l'observe. C'est ainsi que la pituite s'observe entre 20 et 25 ans, l'obésité entre 25 et 35, la gastralgie entre 30 et 35, la goutte apparaît entre 35 et 40, la lithiase entre 35 et 45, la congestion du foie entre 30 et 50, la neurasthénie entre 40 et 45, le diabète entre 40 et 50, la cirrhose entre 50 et 55 ans, etc., etc.

7° On remarque, chez la plupart des malades, que, dans les antécédents de la maladie actuelle, se placent plusieurs autres maladies, et que ces autres maladies sont précisément l'une ou l'autre de celles dont se plaignent actuellement les autres malades à antécédents alcooliques.

8° Chez les malades dont les anamnestiques décèlent plusieurs autres maladies antérieures à la maladie actuelle, ces maladies sont survenues chez eux aux mêmes périodes de leur vie, qu'aux périodes de la vie où on les observe, avec le plus de fréquence, chez les sujets qui en sont actuellement atteints. Ces maladies se succèdent donc, chez le même individu, suivant un ordre déterminé, en rapport avec la succession des années, et, par conséquent, avec les phases d'un processus morbide.

9° A quelque phase de leur vie que l'on examine ces sujets alcooliques, à partir de l'éclosion de leur première maladie, toujours on trouve chez eux les signes manifestes, signes rationnels, signes physiques, d'une affection du foie ; ces signes sont parallèles, dans leur gravité, à la gravité de la maladie ; ils se succèdent, chez un même malade, comme se succèdent les maladies de la nutrition ; ils sont parfois si caractérisés que la question se pose de savoir si on se trouve en présence, non d'une maladie de la nutrition (diabète, dyspepsie, obésité, goutte, neurasthénie, lithiases, etc.), mais bien d'une maladie du foie (congestion, ptose, cirrhose, stéatose, etc.)

Voilà une série de propositions de la plus haute importance. Si, en effet, tenant compte de cette triple coïncidence, notée chez les alcooliques : étiologie alcoolique — évolution cyclique sous forme de maladies de la nutrition se succédant les unes aux autres dans un ordre déterminé — affection persistante du foie, — nous arrivons à prouver, et je crois la preuve faite par mes travaux antérieurs, que les maladies de la nutrition sont causées par la maladie du foie, que la maladie du foie est causée par l'alcoolisme, nous aurons dévoilé un aspect nouveau de l'alcoolisme sous lequel l'intoxication s'était jusqu'à ce jour masquée insidieusement à notre observation, nous pourrons en prévenir les coups, nous pourrons les amortir par une prophylaxie, par un traitement appropriés.

Je n'insiste pas sur les conséquences de pareils faits d'observation relativement à la pathologie générale, sur la substitution qu'elles imposent, pour cette catégorie de malades, de la doctrine de l'*hépatisme* à celle de l'arthritisme, — le foie et non les humeurs, étant responsable chez eux de la persistance du principe morbide, de ce qu'on appelle l'état diathé[illegible] n'insiste pas non plus sur l'éventualité qu'elle [illegible], par analogie, à soulever d'un hépatisme [illegible] d'autres causes que de l'alcoolisme, tel que l'hépatisme paludéen, infectieux, émotif, puerpéral, [illegible]-intoxication, etc., etc. Mais la conclusion qui [illegible] surtout, en raison de son caractère d'[illegible], c'est que soient répandus la notion de tout un groupe nosologique relevant encore de l'alcoolisme, des dangers de l'alcoolisation à petites doses prolongées, [illegible] la perfidie avec laquelle ce mode d'alcoolisme s'[illegible] dans un organisme pour détruire la santé et [illegible] la vie, de la nécessité, dans toute maladie de la nutrition, de dépister, lorsqu'il existe, ce nouveau [illegible]gique.

Il faut que, dans la lutte actuelle contre l'alcoolisme, les classes moyenne et supérieure, [illegible] par le spectre de l'*alcoolisme insidieux* [illegible] spécial, donnent au moins aux classes inférieures, bien plus excusables de commettre des excès, l'exemple de la sobriété. Ce sera un des meilleurs moyens de propagande contre le fléau, dont c'est l'honneur des médecins de clamer les ravages et de vouloir la destruction.

M. RICHELOT pose à M. Glénard les questions suivantes auxquelles il espère qu'il voudra bien répondre dans une prochaine séance :

1° M. Glénard croit-il que le foie est toujours altéré chez les diabétiques et qu'il est l'agent de cette maladie ?

2° Si le foie est un agent constant du diabète, par quel mécanisme le foie produit-il le diabète et quelle est la pathogénie ?

3° L'arthritisme n'est-il pas la cause [illegible] du diabète ?

M. GLÉNARD dit qu'il n'a pas voulu aborder ces questions dans sa communication et qu'il désirait seulement appeler l'attention sur des manifestations alcooliques [illegible] et peu connues. Il croit que l'arthritisme, qui est une [illegible] des humeurs, est en relation habituelle avec un trouble fonctionnel du foie. Il répond à une question de [illegible] qu'à son avis, il y a excès alcoolique à partir de [illegible] de vin ou de six à huit litres de bière après le dîner, [illegible] de deux ou trois apéritifs.

M. JULLIEN ne croit pas que l'hépatisme puisse rendre compte de tous les faits d'arthritisme. D'ailleurs on peut naître arthritique et avoir, de très bonne heure, des manifestations de cette diathèse. Quelle influence la nationalité a-t-elle sur la forme d'arthritisme ? Les Allemands font de grands excès de bière. M. Glénard, qui a habité l'Allemagne, voudrait-il nous dire s'il a observé quelque chose de spécial sur ce point ?

M. GLÉNARD répond que, dans l'arthritisme, il y a une viciation des humeurs qui deviennent trop [illegible], et un trouble fonctionnel du foie. La difficulté est de savoir lequel des deux a commencé. Il croit que le point de départ est plutôt dans le foie que dans les humeurs. En ce qui concerne la disposition originelle, il n'est pas plus difficile de comprendre l'hérédité d'une affection hépatique que celle d'une [illegible] des humeurs. — Les différents peuples ont une allure [illegible] morbide différente. En Allemagne, l'obésité est extrêmement répandue, on y fait, en effet, de grands excès de bière, mais celle-ci est bien moins alcoolique que la nôtre.

M. LADREIT DE LACHARRIÈRE, à propos de l'observation de M. Albert-Weil relatée dans la dernière séance, dit qu'il avait d'abord soigné avec succès ce jeune malade il y a plusieurs années, par une application de [illegible]. Le lupus récidiva avec des dimensions plus considérables. Il fut alors traité, mais sans résultat, à l'hôpital [illegible] par la tuberculine et la scarification. C'est alors que [illegible] eut l'idée de le confier aux soins de M. Albert-Weil qu'il félicite de la guérison.

M. SUAREZ DE MENDOZA lit une [illegible] l'emploi **de la sinuscopie pour préciser les indications opératoires dans les affections des sinus de la face** et présente une [illegible] *publié*.

La séance est levée à 5 h. 45.

Un des secrétaires annuels, [illegible]

~~~~~~~~
~~~~~~~~

CORRESPONDANCE

A propos des vénériennes de Saint-Lazare.

Paris, le 24 février 1900.

Monsieur le rédacteur en chef du Progrès Médical.

Monsieur et très honoré collègue.

Un de mes amis me communique seulement ce soir le numéro du 10 février du *Progrès Médical,* dans lequel mon excellent ami le Dr Louis Jullien, avec qui l'an dernier j'ai dressé la liste des œuvres de réhabilitation et qui s'en est occupé autant et plus que moi, critique très courtoisement l'œuvre du Bon-Pasteur, dont j'ai le bonheur d'être le médecin depuis deux ans.

Je n'aurais personnellement pas à m'en plaindre car j'y suis littéralement couvert de fleurs, mais je dois à la vérité de rectifier l'impression défavorable que doivent en conserver vos nombreux lecteurs. Ces critiques tombent d'ailleurs d'ellesmêmes puisqu'elles sont faites de seconde main, personne n'ayant accès dans cet asile privé, en dehors des inspecteurs et des médecins.

Le refuge du Bon-Pasteur de la rue Denfert-Rochereau est le SEUL, de tout Paris, qui ouvre *gratuitement* ses portes et conserve jusqu'à leur mort toutes les misères humaines des femmes de Saint-Lazare, c'est-à-dire toutes les tuberculeuses, les phtisiques, les cardiaques, les scrofuleuses à grosses adénites suppurées, et des centaines de syphilitques que je traite chaque semaino pendant trois bonnes heures.

Sur 150 pensionnaires de 15 à 75 ans, toutes entrées volontairement et libre de s'en aller (1), il n'y en a plus que de 8 à 10 qui partent volontairement chaque année, et j'en vois chaque jour qui résident au refuge depuis vingt, trente et cinquante ans. J'affirme qu'il est impossible d'être traité avec plus de douceur, de *respect,* plus maternellement par les Dames de Saint-Thomas de Villeneuve et les trois infirmières chargées des malades. S'il en était autrement je n'aurais jamais accepté cette lourde charge.

Je conteste donc les termes de « règle sévère » qui est absolument inexact. Il va de soi qu'une surveillance très stricte s'impose chez des femmes sorties de Saint-Lazare, c'est-à-dire profondémeni démoralisées.

Peut-on trouver exagéré le travail de huit ou neuf heures, travail à l'aiguille ou à la machine, auquel sont soumises ces femmes presque toutes jeunes (les malades en sont exemptes ainsi que les jeunes filles au-dessous de 10 ans, travail, coupé par trois récréations et quelques exercices. Pour ma part je ne le crois pas, d'autant que la nourriture loin d'être « grossière » est bien supérieure à la ration de Saint-Lazare. Elle se compose de soupes, café au lait, viande, légumes, bière, vin ou lait que je prescrivais à toutes les pensionnaires.

J'ajoute un dernier mot relatif à l'hygiène « dite *défectueuse* » de nos pensionnaires. Tout notre matériel, spéculum, porte-tampons, canules, scarificateurs, sondes, etc., etc., est bouilli, flambé, et les instruments en service séjournent dans les solutions de sublimé au 1000e.

Loin de déprécier les œuvres comme celles dont je parle on doit, ce me semble, les encourager. Ainsi seulement on fera tomber la statistique de la prostitution, des suicides, infanticides des vols, et des pregrès de la syphilis.

Notre professsion est accablée d'impôts. Pour ma part, je paye triple patente pour avoir loué trois appartements nécessaires à mes dix enfants et à mes trois serviteurs.

Ne peuvant faire mieux, je me contente d'admirer la charité privée qui paye 12.000 francs de pain par an dans cette maison, 1.000 francs de pharmacie et y entretient gratuitement 160 femmes, qu'elle réhabilite et guérit sans chercher aucune récompense humaine. Ne la rebutons pas. Encourageons-la, et comme le dit, dans son article, notre spirituel et charitable maître Louis Jullien. « L'intervention médicale, au moment psychologique, qui saurait mettre à profit une minute de lassitude ou de dégoût de ces étourdies, permettrait à ces malheureuses de se faire une conviction près de personnes honnêtes, intelligentes et bonnes. »

Veuillez agréer, monsieur et honoré collègue, l'assurance de mes sentiments confraternels.

Dr H. DAUCHEZ.

Ancien chef de clinique adjoint de la Faculté, interne des hôpitaux de Paris.

N. B. — J'ai omis de vous dire que nos tuberculeuses étaient placées toutes ensemble à une extrémité du dortoir mesure encore inusitée dans les hôpitaux.

(1) Pendant la Commune, le feu a été mis aux deux extrémités de la maison.

BIBLIOGRAPHIE

Quelques cas de méningo-myélite syphilitique; par le Dr SCOTT MACGREGOR. (In *Edinburgh Medical Journal,* septembre 1899).

L'auteur rapporte quatre observations de syphilis médullaire ; deux d'entre elles sont remarquables par la précocité de l'affection, survenue à la période secondaire, peu après le début de l'infection. Chez une femme de 36 ans, la paraplégie se montre 6 mois après le chancre et la mort survint au bout de 2 mois au milieu d'accidents paralytiques graves.

Un autre cas, qui démontre que l'hérédo-syphilis peut produire la myélite, concerne un enfant de 12 ans, atteint assez brusquement de phénomènes ataxiques, qui avaient été précédés de maux de tête persistants. Le traitement spécifique amena une guérison complète.

Dans deux autres cas, suivis d'autopsie, il existait de la pachyméningite chronique avec hypérémie de la pie-mère. Parfois les méninges et la moelle paraissent intacts à l'œil nu, mais au microscope on distingue à la périphérie une inflammation diffuse, prédominant surtout autour des capillaires, donnant lieu ainsi à de la péri-endophlébite oblitérante qui est, comme l'a démontré Lamy, le processus habituel de l'inflammation syphilitique. Cette tendance à la propagation par les vaisseaux explique la dissémination des lésions et par suite celle des symptômes.

P. RELLAY.

Grossesse tubaire double; par le Dr JAMES HAIG FERGUSON. (In *Edinburgh Medical Journal,* février 1899.)

L'auteur rapporte l'observation d'une femme présentant une grossesse tubaire gauche, chez qui la laparotomie permit de reconnaître, après l'extirpation de la poche, qu'il existait à droite des lésions de grossesse tubaire ancienne. La comparaison des deux poches était très intéressante : à gauche, où il s'agissait d'une grossesse extra utérine en pleine évolution, la poche était volumineuse, repoussait l'utérus ; ses parois étaient très épaisses et très vasculaires; le sac s'était rompu en un point, par où le sang avait fusé dans le ligament large.

A droite, au contraire, on voyait une poche petite, à parois minces, ratatinées, grisâtres ; cette poche renfermait un fœtus transformé en lithopédion. L'histoire de la malade permettait de préciser l'époque de cette grossesse extra-utérine. Celle-ci remontait à 4 ans. En effet, à cette époque, cette femme, qui auparavant avait eu 2 enfants, présenta de nouveau des signes de grossesse. Mais un jour, après un arrêt de 4 mois de règles, elle fut prise brusquemment d'une vive douleur dans le flanc droit et de syncope. Elle ne peut dire si elle perdit alors du sang, mais elle dut garder le lit très longtemps pour des accidents d'inflammation pelvienne. L'opération réussit parfaitement :

Ce cas est intéressant car il nous montre combien la guérison est aléatoire si on laisse la grossesse extra utérine évoluer spontanément, tandis que l'opération permet d'obtenir une guérison beaucoup plus sûre.

P. RELLAY.

Dangers du chlorate de potasse; par le Dr Henry ASHBY. (In *Edinburgh Médical Journal,* janvier 1899).

L'auteur ayant observé plusieurs cas d'intoxication grave à la suite de l'administretion du chlorate de potasse, s'élève contre l'abus qui est fait de ce médicament.

Les médecins, il est vrai, renseignés aujourd'hui sur l'influence nocive qu'exerce ce sel sur les éléments du sang, le

pre-[illegible] fréquemment qu'autrefois, mais ce remède jouit encore d'une grande faveur auprès du public toutes les fois qu'il s'agit d'une affection de la bouche. Or, l'expérience de chaque jour nous montre que l'action thérapeutique du chlorate de potasse est des plus problématiques dans les diverses variétés d'angine; en tous cas, il ne paraît pas supérieur aux autres antiseptiques.

Il est cependant une affection sur laquelle le chlorate de potasse exerce réellement une action favorable; c'est dans la stomatite ulcéro-membraneuse : administré à l'intérieur, à doses fractionnées, il ne tarde pas à produire une amélioration manifeste.

Dans les autres variétés de stomatites, son action reste douteuse, aussi est-il préférable de ne pas y recourir. P. RELLAY.

Anatomie clinique des centres nerveux; par le Pr GRASSET. (*Les actualités médicales*, J.-B. Baillière, 1900).

Les traités d'anatomie des centres nerveux sont, à l'heure actuelle, assez nombreux, il en est même qui sont des remarquables œuvres de science et de travail, comme celui de M. Déjerine ; mais ce qui manquait jusqu'alors c'était un court et clair résumé des connaissances anatomiques du système nerveux, mises à la portée du médecin pour les besoins de la clinique. Ce résumé, le Pr Grasset l'a fait en 95 pages, avec sa précision ordinaire. Le maître de Montpellier, où l'enseignement conserve un sens pratique souvent trop oublié dans les autres Facultés, n'a pas cru déroger en simplifiant et condensant, pour le plus grand avantage de ses élèves, les études savantes et parfois un peu touffues des spécialistes en anatomie nerveuse.

Le petit livre de M. Grasset est divisé en deux parties : 1° Anatomie clinique générale des centres nerveux, comprenant l'étude des neurones, leurs connexions, leurs groupements et leur développement; 2° l'anatomie clinique spéciale des centres nerveux, où est faite la description des appareils moteurs, sensitifs et sensoriels. Un chapitre est réservé à l'appareil du langage, un autre aux centres de la circulation, des sécrétions, de la respiration et de la digestion.

41 figures schématiques et de nombreux tableaux facilitent la compréhension du texte et de nombreuses notes indiquent les principales sources bibliographiques.

Il nous est impossible d'analyser ce précieux résumé d'anatomie nerveuse; étudiants et médecins en bénéficieront largement et seront reconnaissants à M. Grasset de leur éviter les trop longues lectures et les études approfondies, que seuls les spécialistes peuvent se permettre. En condensant en moins de 100 pages l'anatomie clinique nerveuse, l'auteur a rendu un grand service à l'enseignement médical et a fait œuvre de vrai et bon professeur. J. N.

VARIA

Prix de la Faculté de Médecine.

La Faculté de Médecine de Paris, par délibération du 15 février, vient de décerner ses prix pour l'année 1899-1900.

Voici la liste des médailles d'argent décernées pour les thèses récompensées :

[illegible] (Albert-Jean-Alfred). [illegible] — Delamare (Valéry Jules Victor). La glycosurie [illegible]. — [illegible] (Jean-Valery-R[illegible]). Les étudiants en médecine de Paris [illegible] grand r[illegible]. Essai [illegible] et [illegible] privée. — Glaize (Edouard-[illegible]). [illegible] — Lardennois (Louis-[illegible] Henri). Traitement [illegible] du cancer du gros intestin. — Mouch[illegible] (Albert). [illegible] de l'extrémité [illegible] de l'humérus avec [illegible]. — Nobécourt (Pierre-André-Alexandre). Recherches sur [illegible] infectieuses [illegible] des jeunes enfants. — [illegible] (Marie-Octave Léon [illegible]). [illegible] de la vessie et de la prostate. — [illegible] (Marie-Henri-Joseph Pierre-[illegible]). [illegible] — [illegible] Lamyotrophie. Type Charcot-Marie. — Wiart (Pierre Eugène). Recherches sur l'anatomie topographique et la voie d'accès du cholédoque.

A propos du scandale de Besanjon.

Nous lisons dans les *Débats* du 1er mars :

« Parmi les bruits qui furent mis en circulation à la suite du cambriolage de Besanjon, il y eut, paraît-il, une insinuation qui attribuait le crime à des concurrents fils de parlementaires. Cette insinuation amena une protestation publiée dans les journaux, de MM. Goujon, Tillaye et Vaillant, les seuls étudiants qui pouvaient être visés. Dans un journal spécial, l'*Opinion médicale*, le Dr Lagelouze reprit cette insinuation qu'il précisa contre M. Goujon. Celui-ci l'assigna en diffamation. L'affaire est venue aujourd'hui. Le Dr Lagelouze a opposé des conclusions de sursis à raison de l'instruction toujours en cours. Mais le tribunal a passé outre et l'a condamné par défaut à trois mois de prison, 5.000 francs de dommages-intérêts et dix insertions.

Viandes d'animaux malades livrées à la consommation.

Les parquets de la Seine, de Seine-et-Oise et de Seine-et-Marne, sont chargés d'instruire une très grave affaire. Il s'agit d'une association de malfaiteurs qui achetaient en province et jusqu'en Allemagne, des animaux malades, les abattait clandestinement dans la banlieue parisienne et les livrait à la consommation, retirant ainsi de beaux bénéfices. Ce serait surtout à la population ouvrière de la région d'Ivry que ces malfaiteurs écoulaient leur dangereuse marchandise. Il sera fort difficile de se rendre compte du nombre des victimes de cette criminelle industrie. Les lois qui punissent la fraude sont insuffisantes pour punir pareilles associations et nous osons espérer que le parquet saura trouver, dans l'arsenal de Thémis, des textes assez sévères pour punir, comme ils le méritent, les auteurs de ces véritables tentatives d'assassinat.

Les épidémies.

La variole.

La variole qui menaçait de se propager à Paris est redevenue rare. A Marseille elle sévit encore avec intensité. Des trains de pélerins auraient été arrêtés à la frontière par le gouvernement italien qui, aurait exigé qu'ils se soumissent à la revaccination obligatoire.

L'influenza.

L'épidémie de grippe qui sévit violemment au Mans, a augmenté. Depuis le 15 février, sept religieuses sur douze malades ont succombé de broncho-pneumonie grippale. A Londres la grippe sévit si violemment, que le *British medical journal* n'hésite pas à considérer l'énervement provoqué par les événements du Transvaal comme un facteur étiologique important.

La fièvre typhoïde.

L'enquête faite au lycée Saint-Louis, à propos de décès attribués à la fièvre typhoïde, aurait révélé un empoisonnement alimentaire dû à des rognons avariés qui aurait déterminé la maladie des prétendus typhoïdiques ?

La peste.

A Maurice on a constaté huit cas nouveaux la semaine dernière. Un cas est signalé à Sydney. Une quarantaine est établie au canal de Suez pour les navires venant d'Aden.

Contre les microbes.

M. le Dr Dubois, député de la Seine, vient de déposer une proposition de loi tendant à l'analyse de l'eau, de l'air, des poussières des [illegible] ateliers, bureaux et magasins qui contiennent un grand nombre d'employés. Puis, par une proposition de résolution, M. Dubois invite le gouvernement à faire procéder à cette même analyse dans les établissements de l'Etat où il y a agglomération. (*Le Matin.*)

Mariages par sélection.

L'Etat de Dakota, en Amérique, s'était déjà signalé nombre de fois par des mesures administratives les unes plus excentriques que les autres. En voici une, cependant, qui les dépasse toutes.

Dans l'avenir, tout [illegible] et toute [illegible] qui voudrons être unis par les liens de l'hymen, seront astreints à passer devant un conseil de revision. Examinés, auscultés,

palpés dans tous les sens par des médecins, ils ne pourront contracter mariage que si le jeune homme n'est ni alcoolique, ni hystérique, ni chlorotique, ni tuberculeux, ni quoi que ce soit qui puisse provoquer la naissance d'êtres dégénérés. Quant à la jeune fille, on exige d'elle non seulement une santé robuste, mais encore l'existence réelle, effective, de ce qu'il est convenu d'appeler, poétiquement, « la fleur d'oranger ». (*Le Journal.*)

NÉCROLOGIE

M. le Dr BOUCHEREAU.

Mardi dernier, une touchante cérémonie funèbre réunissait à l'Asile clinique, dans le service même du défunt, une affluence d'aliénistes, maîtres et élèves, de malades et d'infirmières; l'émotion recueillie de cette foule trahissait l'affection vraie à tous inspirée par l'homme de bien que fût Gustave BOUCHEREAU. Externe des hôpitaux en 1859, il s'était, dès ce moment, attaché aux services d'aliénes de la Salpêtrière et de Bicêtre, où il revint comme interne provisoire en 1862, puis comme interne titulaire en 1865, sorti de chez Andral pour passer successivement chez Falret père, chez Moreau (de Tours), chez Baillarger, continuant les traditions élevées que ceux-ci tenaient d'Esquirol, le fondateur, après Pinel, de l'Ecole de la Psychiatrie française. Après avoir soutenu sa thèse sur les *Hémiplégies anciennes* en 1866, au moment où l'Asile clinique (Sainte-Anne) venait de souvrir, Bouchereau y fut nommé médecin du service de répartition avec Magnan, qui était déjà et qui resta son intime collaborateur et son véritable *alter ego*. C'est là qu'il publia ses *Statistiques sur les alcooliques et sur les aliénés* entrés à Sainte-Anne jusqu'en 1870. En 1879, il succéda à son maître Lucas comme médecin du service des femmes dans ce même asile qu'il avait inauguré et d'où la mort seule devait le faire sortir. Rien, en effet, ne put le distraire du labeur et du dévouement assidus qu'il s'y était imposés, rien du moins que l'éventualité d'autres devoirs plus impérieux momentanément. C'est ainsi qu'en 1866 on le vit accourir à Montlhéry pour combattre, jusqu'à la fin, l'épidémie de choléra qui ravageait la localité. En 1870, non content d'un poste périlleux à l'intérieur, il suivit, hors des murs l'ambulance mobile du 136e bataillon de la garde nationale et, en relevant les blessés, sous un feu meurtrier, il reçut une balle dans la cuisse à la bataille de Châtillon. Décoré de ce chef, et à peine guéri, il revint, en toute simplicité, reprendre sa tâche habituelle. Modeste à l'excès, et par-dessus tout désireux d'être directement utile, Bouchereau partagea sa vie et ses forces entre ses malades et ses élèves. Dédaignant de publier, à part quelques articles tels que le *Satyriasis*, dans le Dictionnaire de Dechambre, il se donna entièrement à l'enseignement, qu'avec Magnan il avait créé à l'Asile clinique et qu'il y continua longtemps, enseignement resté inédit, étendu à toute la médecine mentale, mais plus spécialisé sur les troubles intellectuels consécutifs aux lésions cérébrales, et sur la mélancolie, et au cours duquel enfin de très nombreuses thèses furent inspirées. Au laboratoire, il fit des recherches sur les gaz du sang chez les aliénés. Mais l'édification des théories spéculatives ne le tentaient pas plus que la renommée, c'est dans l'activité effective de la clinique que son esprit se délectait, cherchant à former des cliniciens à son image et à appliquer son inépuisable fonds de bonté et de philanthropie. Pour améliorer du tout au tout le sort d'une grande catégorie d'aliénés, il contribua puissamment à créer les colonies de traitement familial, à fonder et à peupler celle de Dun-sur-Auron ; tout en rêvant, d'autre part, à la formation d'un office central d'accueil et de protection pour les femmes en détresse qu'il voulait arracher à la mélancolie et au suicide. L'un des fondateurs de la *Société française de Tempérance*, président de l'*Association mutuelle des Aliénistes de France*, il avait été vite attiré par les Sociétés savantes; de bonne heure, titulaire de la *Société médico-psychologique*, il en fut longtemps secrétaire des séances et plus tard, en 1891, en devint le président, ayant toujours pris une part des plus actives aux travaux de cette compagnie comme à ceux de la *Société de Biologie*, dont il fut membre en 1874, et où furent plus particulièrement remarquées ses communications sur la *Pathogénie des lésions cérébrales* et sur l'*Alimentation des aliénés*.

Telle fut, rapidement tracée, la carrière de Bouchereau, que jamais n'effleura même la moindre pensée d'intrigue, et qui laisse à tous ceux qui l'ont connu le souvenir du caractère le plus loyal, le plus franc et le plus indépendant qu'il soit possible de trouver. Juge indulgent, mais obstinément intègre dans les concours, maître et médecin prodigue de bienveillance, il a fait tenir sa vie autant que le permet l'humaine mesure dans l'esprit de fraternité et de justice, couvrant tous ses actes d'un voile de bonhomie fine et de cordiale simplicité. En tout, préoccupé du bien-être de ses malades et de son personnel, insensible toujours à la notoriété du grand public que tant d'autres recherchent avec âpreté, il ne laisse derrière lui que d'unanimes et sincères regrets, sans un envieux, sans un ennemi.

F. BOISSIER.

M. le Dr Ch.-J. GÉRIN-ROZE, médecin honoraire des hôpitaux de Paris.

M. le Dr GÉRIN-ROZE, médecin honoraire des hôpitaux, chevalier de la Légion d'honneur, vient de mourir à l'âge de 65 ans. Interne des hôpitaux en 1857, il devint docteur en médecine en 1861, avec une thèse sur la *Dartre et l'arthritis*. Il fut un des membres assidus de la Société anatomique, et de la Société médicale d'observation, dont il rédigea, en 1862 et 1863, le compte rendu. Médecin des hôpitaux, M. Gérin-Roze fut chef de service à Tenon et passa ensuite à Lariboisière où il resta jusqu'au moment où il fut atteint par la limite d'âge.

Dépourvu d'ambition, Gérin-Roze fut un médecin consciencieux et modeste. Il remplit sans bruit ses fonctions avec une exemplaire régularité et montra, jusqu'au moment de la mort, son dédain des vanités humaines. Il eut, en effet, le soin de recommander d'une façon expresse, avant de mourir, de n'apporter ni fleurs ni couronnes à ses obsèques, purement civiles, qui ont eu lieu au cimetière du Père-Lachaise, lundi 20 février, à midi. Républicain sincère et libre-penseur convaincu, Gérin-Roze emporte avec lui l'estime de tous ceux qui accordent quelque valeur aux qualités morales. Il fut un homme qui eut pu, comme bien d'autres, se créer, avec tapage, une de ces réputations factices qui ne survivent guère à leur auteur, et qui préféra, au bruit de cette apparente renommée, la satisfaction de l'accomplissement simple et modeste de ses devoirs professionnels.

J. N.

Fracture de la base du crane, contusion du cerveau (*Bull. de la Soc. anat.*, 1857); Fracture directe de la base du crâne, fracture indirecte de la bosse orbitaire gauche (*Ibid.*, 1858); Arthrite de la 2e vertèbre cervicale avec lésion consécutive de l'atlas sur l'axis. Mort instantanee (*Ibid.*, 1858); Un cas de fistules anales uretro-perinéales et urétro-rectales (*Ibid.*, 1858); Un cas de tumeur du sein (*Ibid.*, 1858); Tumeurs fibreuses du sein droit, récidives nombreuses (*Ibid.*, 1858); Fracture du crane (*Ibid.*, 1858); Rupture de l'aorte du cœur et du péricarde par suite d'une chute faite sur le pavé d'un troisième étage (*Ibid.*, 1858); Double hernie inguinale, hématocèle, hydrocèle, avec épaississement de la tunique vaginale (*Ibid.*, 1858); Tumeur en bissac, comprimant la partie supérieure de la région cervicale de la moelle. Mort (*Ibid.*, 1859); Double anévrisme de la crosse de l'aorte (*Ibid.*, 1860); De la dartre et de l'arthritis (*Thèse présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris*, 1861); Pityriasis circiné survenu pendant le cours de la maladie constitutionnelle arthritique (*Rev. des trav. de la Soc. méd. d'observation*, t. II); Diphtérite; — Angine couenneuse au début. — Paralysies consécutives (*Ibid.*, t. II); Lèpre ou Elephantiasis des Grecs (*Ibid.*, t. II); Kyste multi-loculaire de l'ovaire, injection iodée. Mort (*Ibid.*, t. II); Compte rendu de la Société médicale d'observation pendant l'année 1862-63 (*Ibid.*, t. II); Myélite aiguë générale (*Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1875); Kystes hydatiques du foie. Sept ponctions avec aspirations chez le même sujet, bon résultat (*Ibid.*, 1875); Kyste hydatique du foie, vidé à deux reprises au moyen de l'aspirateur, et guéri spontanément par rupture et évacuation dans l'estomac (*Ibid.*, 1877); Note sur le diagnostic du diabète et de la glycosurie. Glycosurie passagère arthritique (*Ibid.*, 1878); Observation d'un malade guéri par une large incision d'un kyste hydatique du foie datant de six ans (*Ibid.*, 1879); De la variole dans la première enfance (*Ibid.*, 1880); Kyste hydatique de la rate ouvert par le thermo-cautère après que des applications repétées de pate de Vienne eurent fait adherer la tumeur à la peau (*Ibid.*); Blépha-

rite chronique tuberculeuse, observation et autopsie (*Ibid.*, 1882); Un cas d'hermaphrodisme faux (*Ibid.*, 1884); Note sur une cause encore peu connue d'intoxication saturnine (*Ibid.*, 1885); Guérison d'un kyste multiloculaire du foie par la combinaison de l'emploi alternatif du thermo-cautère et de la pâte de Vienne (*Ibid.*. 1886); Note sur la contagion de la fièvre typhoïde; — Double pied bot varus équin myélitique (*Ibid.*, 1886).

M. le Dr Eugène BŒCKEL.

M. Eugène Bœckel, ancien agrégé de la Faculté de Médecine de Strasbourg, chevalier de la Légion d'honneur, vient de mourir subitement à Marseille, au moment où il allait en Corse rétablir sa santé.

Eugène Bœckel, né le 21 septembre 1831 à Strasbourg, était le fils du Dr Théodore Bœckel. Il fit ses études au Gymnase protestant et à la Faculté de Médecine de Strasbourg, devint docteur en 1856. Il visita successivement Paris, Londres et Constantinople, et revint à Strasbourg, où il devint prosecteur, chef des travaux anatomiques et professeur agrégé.

Il rendit des services signalés à Wœrth et à Haguenau et reçut la croix de chevalier de la Légion d'honneur. Il professa à la Faculté libre de médecine, créée après la guerre et donna sa démission lors de la création de l'université allemande. Il garda la direction du service de chirurgie, de l'hôpital civil depuis 1869, où il avait succédé à Sédillot.

Aimé et estimé de tous, Eugène Bœckel présida, en 1895, à Paris le Congrès de chirurgie.

Enseignement médical libre.

Maladies des yeux. — La clinique du Dr Kœnig est transférée à partir du 26 février, **5, rue du Cherche-Midi**. Consultations gratuites tous les jours de 1 à 3 heures. Examen des malades à l'ophtalmoscope. La clinique est ouverte à tous les docteurs et étudiants en médecine.

Cours de technique microscopique. — Le Dr Latteux, chef de laboratoire de l'hôpital Broca, a recommencé les cours suivants, le 26 février, dans son laboratoire, 5, rue du Pont-de-Lodi, à 2 heures. Bactériologie pratique et étude des principaux microbes. Méthodes techniques, à 4 heures. — Technique microscopique et étude des principeux tissus normaux et pathologique. Ces cours essentiellement pratiques sont destinés à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses exigées journellemement par la profession médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition. On s'inscrit d'avance, 5, rue du Pont-de-Lodi, de 4 à 5 heures, excepté le samedi.

Maladies des oreilles, du nez, de la gorge et du larynx. — La clinique du Dr C. Miot est transférée, rue Dauphine, 16 Consultations gratuites le mardi de midi à 2 heures; particulieres, le lundi soir de 9 h. à 10 h., le jeudi, de midi à 2 heures

Electricité médicale. — Le Dr L.-R. Regnier, chef du laboratoire d'électrothérapie de la Charité : conférences théoriques et cliniques hebdomadaires le samedi à 5 heures, au laboratoire.

Actes et Thèses de la Faculté de Médecine de Paris
(Voir page VI des annonces.)

FORMULES

XI. — Contre le masque de la grossesse.

Oxyde de zinc	0 gr. 20 centigr.
Précipité blanc.	0 — 10 —
Beurre de cacao. .	aâ 10 grammes.
Huile de ricin.	
Essence de roses.	X gouttes.

En onctions, matin et soir, sur le visage. (Lutaud)

XII. — Contre l'insomnie.

Dormiol (amyleuchloral) . . .	aâ 10 grammes.
Mucilage gommeux.	
Sirop simple.	
Eau distillée	120 —

2 à 3 cuillerées à soupe à prendre le soir. (Meltzer).

XIII. — Contre les pyélites

Acide benzoïque	0 gr. 20 centigr.
Thériaque.	0 — 10 —

Pour une pilule, 2 à 4 par jour.

Ou :

Benzoate de soude.	4 grammes.
Sirop de framboises.	30 —
Eau de tilleul	90 —

Une cuillerée, trois heures après le repas, dans une petite tasse d'infusion d'ulmaire ou de bréchu.

Ou :

Térébenthine de Venise. . .	6 grammes.
Camphre finement pulvérisé.	6 —
Extrait thébaïque.	0 gr. 25 centigr.
Extrait de racines d'aconit. .	0 — 20 —

Diviser en 60 pilules; une toutes les huit heures, avec une petite tasse d'infusion de bussarole sucrée légèrement au sirop de baume du Canada. (Alb. Robin).

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 18 fév. au samedi 24 fév. 1900, les naissances ont été au nombre de 1204 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 430, illégitimes, 184. Total, 614. — *Sexe féminin* : légitimes, 421, illégitimes, 169. Total, 590.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1896 : 2 511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 18 fév. au samedi 24 fév. 1900, les décès ont été au nombre de 1382, savoir : 701 hommes et 684 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 12, F. 14, T. 26. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole: M 12, F. 14, T. 26. — Scarlatine : M. 3, F. 2, T. 5. — Coqueluche : M. 0, F. 2, T. 2. — Diphtérie. Croup : M. 3, F. 3, T. 6. — Grippe : M. 29, F.40, T. 69. — Phtisie pulmonaire : M. 127, F. 68. T. 195. — Méningite tuberculeuse : M. 15, F. 4, T. 19. — Autres tuberculoses : M. 16, F. 14, T. 30. — Tumeurs cancéreuses : M. 17, F. 28, T. 45. — Tumeurs autres : M. 12, F. 12, T. 24. — Méningite simple : M. 12, F. 12, T. 24. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 24, F. 25, T. 49. — Paralysie, M. 7. F. 9, T. 16. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 8, T. 12. — Maladies organiques du cœur : M. 39, F. 52, T. 91. — Bronchite aiguë : M. 9, F. 12, T. 21. — Bronchite chronique : M. 21, F. 26, T. 47. — Broncho-pneumonie : M. 58, F. 53, T. 111. — Pneumonie : M. 45, F. 48, T. 93. — Autres affections de l'appareil respiratoire: M. 73, F. 66, T. 139. — Gastro-entérite, biberon : M. 16, F. 12, T. 28. — Gastro-entérite, sein : M. 0, F. 3, T. 3. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 1, F. 2, T. 3. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 2, T. 2. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Débilité congénitale : M. 15, F. 18, T. 33. — Sénilité : M. 17, F. 60, T. 77. — Suicides : M. 7, F. 3, T. 10. — Autres morts violentes : M. 11, F. 5, T. 16. — Autres causes de mort: M. 95, F. 67, T. 162. — Causes restées inconnues : M. 11, F. 2, T. 13.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 83, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 31, illégitimes, 20. Total : 51. — *Sexe féminin* : légitimes, 20, illégitimes, 12. Total : 32.

Faculté de Médecine de Paris. — *Cours de pathologie interne* — M. le Pr Hutinel commencera le cours de pathologie interne le 6 mars 1900, à 3 heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Cours de médecine opératoire. — M. le Pr Berger commencera le cours de médecine opératoire le mardi 6 mars 1900, à 4 heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. — *Objet du cours* : Traitement chirurgical des affections du rectum et de l'anus, des hernies abdominales et des affections des organes génitaux de l'homme.

Cours d'histoire naturelle médicale. — M. le Pr Blanchard commencera le cours d'histoire naturelle médicale le mercredi 7 mars 1900, à 5 heures (amphithéâtre de physique et de chimie de la Faculté), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Cours de médecine legale (Pr Brouardel). — M. Thoinot, agrégé, chargé de cours, commencera ce cours le vendredi 9 mars 1900, à 4 heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure.

Concours de chimie médicale. — M. le Pr Arm. Gautier, membre de l'Institut, commencera ce cours le jeudi 8 mars 1900, à 5 heures (amphithéâtre de chimie et de physique de la Faculté), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure. *Sujet du cours* : Tissus et humeurs. Fonctions animales. Dans sa première leçon, le professeur traitera de l'état présent de nos conceptions sur la vie et la maladie.

Cours de pharmacologie et matière médicale. — (Conférences pratiques de pharmacographie et de pharmacognosie). — M. le Pr POUCHET reprendra ces conférences le jeudi 8 mars 1900, à 5 h. à l'amphithéâtre de pharmacologie, et les continuera les jeudis suivants, à la même heure. *Objet* : Etude du droguier. — MM. les étudiants seront exercés, individuellement et à tour de rôle, à la reconnaissance et à l'étude des substances médicamenteuses et toxiques, ainsi qu'à l'art de formuler.

Cours d'hygiène. — M. le Pr PROUST commencera ce cours le jeudi 8 mars 1900, à 4 h. (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Cours élémentaire de médecine opératoire. — M. HARTMANN, agrégé, sous-directeur des travaux de médecine opératoire, commencera ce cours le lundi 19 mars 1900, à 4 heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure. *Programme du cours* : 1° Quelques opérations nouvelles; 2° opérations sur les organes génitaux de la femme.

Cours complémentaire de pathologie externe. — M. LEGUEU, agrégé, commencera ce cours le jeudi 8 mars 1900, à 5 heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Cours complémentaire d'accouchements. — M. LEPAGE, agrégé, commencera le cours complémentaire d'accouchements le mardi 6 mars 1900, à 6 heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Conférences d'anatomie pathologique. — M. MÉRY, agrégé, commencera les conférences d'anatomie pathologique le mercredi 7 mars 1900, à 2 heures, et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure, au laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique.

Conférences de physique médicale. — M. BROCA (André), agrégé, commencera les conférences de physique médicale le 7 mars 1900, à 4 heures (amphithéâtre de physique et de chimie de la Faculté), et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure. — *Sujet des conférences* : Optique physiologique.

Conférences de physiologie. — M. LANGLOIS, agrégé, commencera ces conférenses le mercredi 7 mars 1900, à 4 heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Conférences de thérapeutique. — M. VAQUEZ, agrégé, commencera le mercredi 7 mars 1900, à 5 heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Conférences de pathologie interne. — M. THIROLOIX, agrégé, commencera ces conférences le mercredi 7 mars 1900, à 5 heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continuera les mardis et mercredis suivants, à la même heure.

Conférences sur les maladies de la peau. — M. GAUCHER, agrégé, continuera ces conférences le dimanche 4 mars 1900, à 10 h. 1/2 du matin, à l'hôpital Saint-Louis, dans l'amphithéâtre des cliniques, et les dimanches suivants, à la même heure. *Objet du cours* : Dermatoses parasitaires et tumeur de la peau.

Coférences d'histologie. — M. LAUNOIS, agrégé, commencera ces conférences le jeudi 8 mars 1900, à 4 heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Exercices pratiques de diagnostic bactériologique. — Sous la direction de M. F. BEZANÇON, chef du laboratoire de bactériologie. Des exercices pratiques de bactériologie commenceront le mardi, 6 mars 1900. Ces exercices auront lieu de 2 à 5 heures, les mardis, jeudis et samedis. Les élèves seront exercés individuellement aux diverses manipulations. Le droit à payer pour chaque série d'exercices est de 50 francs. Sont admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté, guichet n° 3, les lundis, mardis, jeudis et samedis de chaque semaine, de midi à 3 heures.

Conférences de Pathologie externe. — M. J.-L. FAURE, agrégé, commencera ces conférences le mercredi 7 mars 1900, à 6 heures (petit amphitéâtre de la Faculté), et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Jury du concours de médecins.* — Le jury est ainsi composé : MM. Achard, Hayem, Faisans, Debove, Oulmont, Josias, Muselier, Mauriac, Variot, Wurtz, Gouguenheim et L. Labbé.

Concours supplémentaire de l'Internat. — Le concours supplémentaire de l'Internat en médecine des hôpitaux de Paris s'est terminé par la nomination des candidats suivants : *Internes titulaires* : MM. Aubertin, Mahar, Lecène, Bonneau, Gardner, Cathala, Aubourg, Tridon, Courtellemont, Trastour. — *Internes provisoires* : MM. Tessier, François Dainville, Hulleu, Brocard, Fouquet, Jamet, Tillaye, Dionis du Séjour, Denis, Gernez.

MUSEUM D'HISTOIRE NATURELLE. — *Cours de zoologie.* — Mammifères et oiseaux. — M. MILNE-EDWARDS, professeur, membre de l'Institut, commencera ce cours le vendredi 16 mars 1900, à deux heures. Le professeur traitera de l'histoire des mammifères au point de vue de leur organisation, de leur classification et de leur distribution géographique. Les leçons auront lieu les mercredis et vendredis, à deux heures, et les lundis, à dix heures, dans la salle des cours de la galerie de zoologie et elles seront complétées par des conférences faites dans les galeries ou dans la ménagerie, à des jours et heures qui seront indiqués par des affiches spéciales.

Cours de culture. — M. Maxime CORNU, professeur, commencera ce cours le lundi 5 mars 1900 à 9 heures du matin, dans l'amphithéâtre de la galerie de minéralogie, et le continuera à la même heure, les mercredis, vendredis et lundis suivants. Ce cours aura pour objet : l'exposé des cultures de l'Amérique, principalement de celles qui sont usitées dans nos possessions et dans les régions voisines ou analogues, l'étude des cultures qui peuvent être entreprises par nos colons : plantes industrielles, alimentaires, oléagineuses, aromatiques, thé, quinquina, café, textiles, caoutchouc, gutta-percha; à épices, giroflier, muscadier, nanellier, poivre, etc., et des végétaux utilisables dans nos colonies (arbres fruitiers, à huile, à cire, à résine; sagoutier, bois précieux et bois de construction, etc.). Les leçons du mercredi seront des leçons pratiques (études des végétaux et des produits en relation avec le cours); elles auront lieu au laboratoire de culture, rue Buffon, n° 61, à 9 heures, pendant la durée du cours.

MÉDECIN CANDIDAT. — Nous apprenons que M. le Dr Doléris, accoucheur des hôpitaux, pose sa candidature dans la deuxième circonscription électorale de Pau, dont le député, M. Quintax, vient d'être élu sénateur. M. Doléris, républicain progressiste, se porte contre M. de Gontaut-Biron, qui se prétend républicain rallié (!)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Ch. MASSE, médecin principal de 1re classe, en retraite, commandeur de la Légion d'honneur, décédé à l'âge de soixante-dix-neuf ans. — Un médecin inspecteur des enfants assistés, M. le Dr A. PICARD, est mort subitement en allant visiter un nourrisson. Le commissaire de police a fait transporter le corps, 20, rue des Pyramides, où habitait le Dr Picard.

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h. 1/2. Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée); présentation de cas cliniques, etc. — *Service de* M. le Dr P. MARIE. Le service de l'infirmerie de Bicêtre comprend un grand nombre de malades atteints d'affections chroniques et particulièrement d'affections du système nerveux. Ce service est ouvert aux étudiants et le samedi a lieu, à 9 h. 1/2, une visite générale au cours de laquelle le Dr Pierre Marie présente les malades les plus intéressants.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — Le Dr DU CASTEL, conférences cliniques le samedi à 1 h. 1/2. A 1 h. 1/2 consultation externe. A 2 h. 1/2 conférence clinique dans la salle des conférences.

Leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques. — M. HALLOPEAU, salle des conférences, le dimanche, à 9 heures et demie du matin.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

XXIXe ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XI. N° 10. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 10 MARS 1900.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE MÉDICALE

De quelques phénomènes d'excitation et de dépression mentales en relation avec l'attaque d'épilepsie (1).

Par le Dr **Maurice de FLEURY**, ancien interne des hôpitaux.

Chez la plupart des épileptiques qu'il m'a été donné de suivre, j'ai constaté de grandes modifications de l'état affectif et de l'état intellectuel, du caractère et de la tournure d'esprit, selon qu'on les envisageait en imminence paroxystique, ou tout de suite après le sommeil post-convulsif. C'est là un fait extrêmement banal, que tous les observateurs ont constaté et relaté. Mais, dans deux observations, cette évolution de l'état mental, habituellement parallèle à l'évolution de la force et de la fatigue corporelles, a pris un relief assez marqué pour que l'un et l'autre de ces faits méritent d'être rapportés.

OBSERVATION I. (*Personnelle.*)

La première fois que j'ai vu Auguste T..., le 20 mars 1897, il sortait à peine de la dépression consécutive à sa dernière crise, dépression qui toujours s'accompagne chez lui de tout un cortège d'idées noires, d'omnubilation de la mémoire, d'anéantissement de la volonté et de l'attention volontaire. Dans ces moments, non seulement notre malade ne garde aucun souvenir de sa crise, mais encore son cerveau épuisé ne voit qu'au travers d'une brume épaisse les choses de sa vie passée. Il est parfaitement incapable de la moindre décision. Il lit bien quelques lignes dans un journal ou dans un livre ; encore ânonne-t-il et articule-t-il très mal, mais il ne perçoit pas l'enchaînement des faits et des idées, pour ce motif que, parvenu à la fin de la phrase, il ne sait plus ce dont il était question au début. Sa mère, qui me l'accompagne, me raconte que, pendant les vingt ou vingt-quatre heures qui ont suivi ce paroxysme, son fils s'est révélé à elle sous un jour qu'elle ne connaissait pas. Il faut dire qu'elle habite à la campagne, qu'il habite à Paris, qu'il n'a d'attaques que depuis peu, et qu'elle n'a pas encore eu occasion de le voir au moment de ses crises. Après celle-ci, la prostration physique post-convulsive s'est accompagnée d'un état de grand anéantissement intellectuel, où ne survivait qu'une idée, celle de la mort. Le jeune homme, ordinairement peu enclin aux rêveries mélancoliques, et rebelle à toute idée religieuse, avait manifesté une immense tristesse accompagnée de sentiments d'humilité, de scrupules de conscience et d'une tendance à la foi, aux idées pieuses, dont il n'était pas coutumier. Mais cela n'avait pas duré. A mesure qu'il récupérait ses forces, voilà qu'il se montrait de nouveau d'esprit léger, impatient jusqu'à l'insolence, prompt aux plaisanteries libertines, et parfaitement méprisant pour les pensées pieuses que sa mère avait espéré voir se fixer en lui.

Ce malade n'ayant eu que fort peu de crises à partir du moment où je l'ai mis en traitement, j'ai dû me contenter de cette constatation assez peu précise. J'ai pu recueillir des détails plus intéressants dans l'observation qui va suivre.

OBSERVATION II. (*Personnelle.*)

Frédéric R..., avocat, âgé de 41 ans, est né d'un père probablement syphilique, et d'une mère dont la religion exaltée confine au mysticisme. Il est lui-même d'une intelligence médiocre et d'un caractère particulièrement instable. Les modifications que subit son état mental sont manifestement liées à ses attaques convulsives.

Il est venu, pendant les derniers mois de l'année 1896, s'installer à Paris pour suivre un traitement. Je l'ai vu d'une façon très régulière, à intervalles très rapprochés; sa mère m'envoyait prévenir chaque fois qu'il avait une attaque, aussi, ai-je pu l'observer avec soin, à peu près à toutes les phases de son mal, et notamment aux heures qui précédaient de peu ou qui suivaient de près ses crises de haut-mal.

L'aspect sous lequel Frédéric R... m'apparut, quand se fut dissipée la timidité des premiers jours, est celui d'un dégénéré très vaniteux, gravement préoccupé de choses puériles, plein de faconde et de suffisance, confiant à l'excès dans le charme de son élocution ; il s'exprimait avec une grande abondance de mots, et semblait se griser de paroles, pourtant médiocres. Il est ainsi le 24, le 25 et le 26 octobre. Le 27, son état s'accentue encore ; il s'accompagne d'énervement, d'impatience, d'une tendance inattendue à l'arrogance.

A propos de je ne sais quel conseil, que je lui donne avec beaucoup de calme, mon malade me répond de la manière la plus vive, sur un ton de véritable insolence. Puis, passant d'un saut brusque à un autre ordre d'idées, il se met à parler devant sa mère, d'une fort belle fille qu'il a suivie la veille dans l'avenue de l'Opéra. Au moment où il quitte mon ca-

(1) Nous sommes heureux de pouvoir donner à nos lecteurs la primeur de quelques bonnes pages du livre inédit de notre distingué et savant confrère, M. de Fleury, sur les *Recherches cliniques sur l'épilepsie et sur son traitement*. Cet ouvrage, qui sera, dans la suite, analysé par le *Progrès médical*, va incessamment paraître chez l'éditeur Rueff.

binet, Mme R..., restée en arrière, me dit qu'une attaque est sur le point de se produire, son fils parlant habituellement de ces choses, et de cette sorte, quand il est en imminence d'accès. Cela ne faisait que me confirmer dans une impression que m'avait déjà fournie la courbe du graphique. Depuis cinq jours, en effet, la pression sanguine avait été successivement de 13, de 12, de 15, de 16 c. de Hg. La pression dynamométrique n'avait pas autant varié, mais l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine était montée de 0,75 à 0,85, puis à 0,95. Le seuil de la sensibilité étant passé de 5 à 3 1/2. A cette époque, je m'occupais beaucoup de numérations globulaires : le 24 j'avais compté 3.968.000 globules, et ce jour-là (27 octobre), il y en avait 4.712.000. Tout concourait donc à faire prévoir que la crise n'était pas loin.

Elle n'éclata cependant, après une nuit agitée, que le lendemain matin, 28, à 7 heures, au moment même où Frédéric R... descendait de son lit. Crise d'intensité moyenne; durée des convulsions : de huit à dix minutes environ. Lorsque j'arrivai, vers 9 heures, le malade était au lit, immobile, comme brisé, les traits du visage détendus et amollis, le regard exprimant une immense et tout animale tristesse; c'est à peine s'il eut la force de presser doucement ma main. Persuadé que la tristesse dont son visage était empreint provenait du tourment d'être un grand épileptique à attaques fréquentes, je crus devoir lui dire quelques mots de consolation. Mais j'eus la surprise de constater que cette pensée ne le préoccupait en aucune façon. Il était, en effet, très abattu et très malheureux, mais ce qui le désolait, c'était uniquement le remords de péchés point tout à fait imaginaires, mais dont il s'exagérait considérablement la gravité. Il ne me dit pas : « Voilà encore une rechute, quelle abominable maladie que la mienne, » mais bien : « Je suis un misérable, je profite de ce que je suis loin de ma femme pour la tromper. » Il ajouta que Dieu devait l'avoir en horreur, et qu'il serait épouvantable de mourir en état de péché mortel; puis il me parla de son enfant resté en province, et dont il n'avait pas dit mot depuis plusieurs jours. Son attaque avait complètement bouleversé son état d'âme : l'avant-veille il n'avait pas cessé de railler les pratiques pieuses de sa mère, et peu de minutes avant mon arrivée, il venait de demander à se confesser. A ce moment, environ deux heures et demie après la crise, la tension artérielle est de 11 c. de Hg., le seuil de la sensibilité de 7. Le malade peut venir chez moi l'après-midi. Au dynamomètre, la main gauche donne 24 kilogr., et la main droite 20; l'activité de réduction est de 0,65; on ne compte plus dans le champ de l'hématimètre que 3.317.000 globules rouge. Au total, baisse très marquée de toutes les énergies vitales, s'accompagnant d'un état d'esprit que l'on ne peut comprendre, que si on l'envisage comme un reflet mental de cette faiblesse physique.

Les jours suivants j'ai pu assister au relèvement tout à fait parallèle des énergies qu'on peut appeler corporelles, et de l'état intellectuel.

29 *octobre*. — T. A., 12 1/2 de Hg.; force dynamométrique, main droite, 30 kilogr.; main gauche, 22 kilogr.; seuil de la sensibilité, 7 c. m.; activité de réduction de l'oxyhémoglobine, 0,75. Le malade est encore triste, hanté de scrupules; il est comme blotti dans sa religion.

30 *octobre*. — Etat à peu près analogue à celui de la veille. T. A., 13 c. de Hg.; force dynamométrique, main droite, 33 kilogr.; main gauche, 29 kilogr.; activité de réduction, 0,70; seuil de la sensibilité, 6.

31 *octobre*. — T. A, 14; force dynamométrique, main droite, 33 kilogr.; main gauche, 28 kilogr. Le malade a retrouvé son appétit, déjeune avec un peu plus d'entrain, et se montre beaucoup moins triste après le repas. Il est encore doux et timide.

1er *novembre*. — T. A., 13 1/2; force dynamométrique, main droite, 35 kilogr.; main gauche, 29 kilogr.; activité de réduction, 0,70; seuil de la sensibilité, 5 1/2. Frédéric R... recommence à sortir seul. Les scrupules de conscience l'ont absolument abandonné; il a fredonné en s'habillant.

2 *novembre*. — T. A., 15. F. dyn. : main droite, 34 kilogr., main gauche, 30 kilogr. Activité de réduction, 0,80. — Le malade est revenu à l'état normal.

3 *novembre*. — Le malade n'a pas été vu.

4 *novembre*.— T. A., 16 1/2. F. dyn. : main droite, 35 kilogr., main gauche, 30 kilogr. Activité de réduction, 0,85.— Frédéric R... éprouve le besoin presque impulsif de marcher. Sa loquacité est revenue. Il fait mille projets avec un extrême optimisme. Railleries contre la religion.

5 *novembre*. — T. A, 19. F. dyn. : main droite, 37 kilogr., main gauche, 30 kilogr. Activité de réduction, 0,9. Seuil de la sensibilité, 3 1/2. — Railleries très acerbes contre les sentiments religieux de sa mère. Il méprise « les mômeries », et il déclame avec abondance contre le cléricalisme empiétant sur les droits de la société civile. Appétit vorace. Sentiment, plutôt agréable et joyeux, de légèreté et de force.

6 *novembre*. — T. A., 20 ou 20 1/2. F. dyn. : main droite, 40 kilogr., main gauche, 36 kilogr. Activité de réduction, 1,10. Seuil de la sensibilité, 2 1/2. Le temps me manque pour faire la numération des globules. — Sommeil léger et agité toute la nuit. Le jour, impérieux besoin de marcher et de remuer. Gloutonnerie extrême. Indignation furieuse contre les gens qui le heurtent ou même le frôlent en passant dans la rue. A ma consultation, Frédéric R .. se montre insolent, fort plein de dédain pour autrui et de satisfaction de soi-même. Sa mère me dit qu'il a, depuis la veille, des colères continuelles.

Le 7, à 6 heures du matin, Frédéric R... est pris d'une crise convulsive extrêmement intense, d'autant plus intense, semble-t-il, que le temps écoulé depuis le dernier paroxysme a été beaucoup plus long que de coutume. Quand j'arrive à 8 h. 1/2, le malade commence à peine à reprendre connaissance; il est encore si totalement épuisé qu'il ne peut pas répondre à mes questions; c'est à peine s'il peut soulever les paupières : il lui est impossible de faire un mouvement, et littéralement il est paralysé des quatres membres. La tension artérielle est si basse qu'on ne peut pas la mesurer. Il en est de même de l'activité de réduction.

Je reviens voir le malade à la fin de la matinée; il est encore au lit; la langue broyée, la figure piquetée de rouge, petites ruptures vasculaires tranchant sur le teint pâli. Il parle à voix tout à fait basse et chevrotante, comme si ses cordes vocales étaient détendues. Il peut à peine parvenir à plier un peu les genoux, il essaye vainement de serrer le dynamomètre; sa pression artérielle, qui ne marque d'abord que de 6 à 8 c. de Hg, en marque 9 vers la fin de ma visite; l'activité de réduction est de 0,60. Pour ce qui est du seuil de la sensibilité, je n'ai pu obtenir aucune réponse plausible. Mme R... me dit que, depuis une heure à peu près, son fils recommence à articuler quelques mots; et que selon son habitude après les crises graves, il ne lui parle que de mort et de religion. Il dit qu'il sent la vie s'en aller de lui, que sa fin doit être proche, qu'il est temps de se repentir parce qu'il est un grand coupable, que sa conduite envers sa femme est odieuse, que toute son existence n'est qu'un tissu d'iniquités, et il supplie qu'on lui amène un prêtre pour lui donner l'absolution. Je m'approche de Frédéric R... et je cherche à le faire causer. A moi aussi, il se met à parler de fin prochaine, du remords que lui valent ses fautes innombrables, et du désir qu'il a de les effacer par la confession. Ses propos sont empreints d'une profonde humilité et, certes, à ce moment, rien n'aurait pu lui faire plus d'horreur qu'une parole libertine. Lui qui, la veille, me parlait avec tant d'insolence et d'excitation, se montrait à présent invraisemblablement timide et timoré. Pour donner une idée de l'impression qu'il me fit à ce moment-là, je dirai que cet organisme terrassé par une violente et longue décharge convulsive, n'était plus qu'à peine vivant. L'inertie de son système musculaire, la baisse extrême de sa pression sanguine, le peu d'activité de la réduction de l'oxyhémoglobine au sein de ses tissus, tout concourait à faire, de cet homme inerte et brisé, quelque chose de comparable à un agonisant. Or de tous les organes de ce corps à vitalité si basse, les nerfs de sensibilité apportaient au cerveau la notion de déchéance profonde et de grande misère physiologique. Et le cerveau traduisait la conscience obscure qu'il en avait, par tout un ensemble des idées les plus humbles, les plus mélancoliques, les plus peureuses, par l'idée de mort qui dominait évidemment la scène, et qu'accompagnaient, comme il est fréquent de le voir, l'attente d'un châtiment et la crainte de Dieu. On sait que les hommes à très grande vigueur nerveuse, surélé-

vée encore par la griserie du combat donnent tout naturellement des preuves d'un parfait mépris de la mort. Un psychologue a pu dire de ces natures-là « que leur vitalité est si haute qu'ils ne peuvent pas concevoir le non-être ». Par contre, un organisme à vitalité très basse ne concevra précisément que le non-être et ne parlera que de mort. C'est le cas de notre malade.

En vérité, dans la genèse de ces deux états affectifs si différents, celui d'avant l'attaque et celui d'après, on ne saurait, je pense, invoquer l'idée fixe. La seule idée fixe qui eut pu logiquement éclore en son esprit, c'est l'idée de sa maladie et des graves inconvénients qu'elle comporte au point de vue de la paix du ménage et de la réussite professionnelle. Mais Frédéric R..., nous l'avons vu, n'en était aucunement préoccupé. Il ne donnait d'autres signes que ceux de l'excitation ou de la dépression mentale, l'approche de la crise ne provoquait chez lui qu'un état de béat optimisme, de vanité et d'insolence ; les suites de l'attaque comportaient tous les signes de la débilité mentale, très légèrement nuancée par le mysticisme de sa mère. C'est ainsi que, dans cette journée du 7 novembre, Frédéric R... fit demander un prêtre à deux reprises différentes. Lors de sa première visite, celui qui vint le voir lui donna l'absolution; mais le malade, un instant rasséréné, fut bientôt repris de scrupules et de doutes sur la validité de sa première confession; il redemanda instamment le sacrement de pénitence, et fut à peine plus rassuré une heure après l'avoir reçu pour la deuxième fois.

Reprenons ici notre examen au jour le jour :

7 novembre. — T. A. 9 c. de Hg. F. dyn. : n'a pu être prise, Activité de réduction, 0,60. L'état mental vient d'être longuement décrit.

8 novembre. — T. A., 12 1/2. F. dyn. : main droite, 25 kilogr., main gauche, 22 kilogr. Activité de réduction, 0,70. Seuil de la sensibilité, 8. — Tristesse moins grande, l'esprit conçoit de nouveau la possibilité de vivre. Fréderic R... se tient debout, et peut prendre quelques aliments.

9 novembre. — T. A., 13 1/2. F. dyn. : main droite, 33 k., main gauche, 24 k. Activité de réduction, n'a pas été prise. — Le malade parle encore avec tristesse, garde quelques vestiges de ses scrupules, s'accuse devant moi d'avoir prononcé des paroles légères ou impies : sa première sortie sera pour aller à l'église ; grande douceur d'esprit.

10 novembre. — Le malade n'a pas été vu.

11 novembre. — T. A., 15. F. dyn. : main droite, 30 kilogr., main gauche, 28 kilogr. Activité de réduction, 0,85. Seuil de la sensibilité, 4. — Frédéric R... est infiniment moins triste. Retour à l'état normal ; contentement de vivre ; légère volubilité dans l'élocution. Le malade mange avec appétit.

12 novembre. — T. A., 15. F. dyn. : main droite, 35 kilogr., main gauche, 26 kilogr. Activité de réduction, 0,80. Seuil de la sensibilité, 3 1/2. — Etat à peu près stationnaire. Frédéric R... commence déjà à railler l'influence cléricale au point de vue de la réussite au barreau.

13 novembre. — T. A., 17. F. dyn. : main droite, 38 kilogr., main gauche, 30 kilogr. Activité de réduction, 0,95. Seuil de la sensibilité, 2 1/2. — Appétit glouton. Infatigable envie de marcher. Sommeil agité. Impatience, colères promptes. Frédéric R... parle avec exubérance de ses succès auprès des femmes. Jamais il ne s'est mieux porté, il se sent tout à fait guéri. Sentiment d'être plutôt trop fort ; son corps lui paraît être d'une extrême légèreté.

14 novembre. — A 4 heures du matin, crise moins forte que les précédentes, et suivie d'une dépression physique et morale proportionnée à sa moyenne intensité. T. A., 14. F. dyn., main droite, 32 kilogr., main gauche, 28 kilogr. Activité de réduction, 0, 65. Seuil de la sensibilité, 5 1/2. — Mélancolie assez marquée ; grande timidité; douceur et besoin d'obéissance passive.

Ainsi donc, dans cette observation clinique, vraiment aussi précise et aussi instructive que pourrait l'être une expérience de laboratoire, nous voyons, avec une fidélité dont on ne peut manquer d'être frappé, l'état d'excitation de l'écorce grise par une lésion anatomique irritante ou des toxines convulsivantes, s'accompagner d'un état d'esprit d'autant plus exalté que l'excitation était plus forte. Aussitôt consommée la décharge nerveuse, à peine le malade redonne-t-il quelques signes de vie, que c'est pour traduire l'anéantissement de ses forces par un état mental qui paraît être indissolublement lié à l'épuisement profond du système nerveux.

Tout à l'heure c'était la pression sanguine haute, le seuil de la sensibilité restreint, la force dynamométrique accrue, l'activité des échanges extrême, avec des impatiences dans les jambes, une invincible envie de marcher, et les sentiments les plus optimistes, l'insolente confiance en soi, l'humeur querelleuse, l'irréligion agressive, mille propos gaillards. Et maintenant, c'est un sentiment si pauvre de sa propre vie, que le malade ne pense qu'à la mort et ne parle que d'elle. Son esprit est tremblant et comme submergé par la crainte de Dieu. Son humilité s'accompagne de scrupules de conscience, tels que, ayant reçu l'absolution à la fin de la matinée, il la demande encore à 5 heures du soir.

Puis peu à peu, à mesure que se fait la réintégration d'énergie dans ses centres nerveux, tout ce tableau psychique lentement se métamorphose, passe de la dépression peureuse et mélancolique à la timidité et à la douceur, de la douceur à l'optimisme, de l'optimisme à l'excitation, qui se résout enfin et s'assouvit subitement dans l'attaque d'épilepsie. On dirait une sorte de folie circulaire, où le paroxysme servirait de transition brusque entre l'état plus et l'état moins, entre les deux pôles extrêmes de la mentalité.

Je sais bien qu'il y a de très nombreuses exceptions à cette règle. On voit bien des épileptiques qui, excités, avant l'attaque, sont encore exaltés après. Chez la plupart d'entre eux, la crise se dédouble et donne, après un paroxysme convulsif, une phase de convulsion mentale. D'autres fois le malade est triste avant la crise, et alerte, comme soulagé après. C'est ainsi que cela se passe pour le malade dont l'observation est brièvement résumée ci-après.

Observation III. *(Personnelle.)*

Marc J..., dans les heures d'accumulation d'énergie qui précède ses crises, est à la fois très sombre et très colère : on dit autour de lui qu'il n'est pas gai dans ces moments-là. Le fait est qu'il voit tout en noir, et qu'au premier abord on pourrait prendre sa manière d'être pour de la véritable mélancolie. Mais, au fond, son état n'est qu'une façon de colère ; en vérité il n'est pas triste, mais sombre et farouche. Et comme il est utile que tout aille mal pour la justification (comme eut dit Malebranche) de cette fureur contenue, il tient des propos pessimistes qui ne sont qu'une sorte de masque à l'excitation foncière. D'ailleurs, après ses crises, il n'a pas ce grand accablement de corps et d'esprit que nous constations chez la plupart de nos comitiaux, mais bien plutôt un sentiment de soulagement, d'allègement et de bien-être, que l'acte sexuel lui procure de même. Mais ces exceptions n'infirment pas la règle générale, qui est bien celle-ci : avant l'attaque, excitation parallèlement progressive du physique et du moral; après le paroxysme, chute brusque de l'une et l'autre courbes, puis réintégration parallèle de l'activité fonctionnelle de tous les organes et de la vigueur intellectuelle.

Des faits comme celui que nous venons d'étudier avec détails (cas de Frederic R...) sont, je crois bien, d'un réel intérêt au point de vue de la question, actuellement si discutée, de la genèse des phénomènes affectifs. Faut-il les croire primitifs ou secondaires à l'idée, telle est la question que se sont posée, que se posent encore philosophes et médecins. Il y a, dans un

*

camp et dans l'autre, des esprits éminents. C'est ainsi que M. Jules Soury (1), par exemple, dans un magnifique ouvrage récent, tient que l'état d'émotion dérive d'un état intellectuel préalable, une idée étant toujours accompagnée d'un « ton affectif » comme il dit. M. Pierre Janet (2), excelle à déceler l'idée fixe latente derrière des émotions en apparence inexplicables, et quelques-unes de ses observations sont tout à fait démonstratives. D'autre part, le Pr danois Lange, l'américain William James, et, en France, M. Georges Dumas et Maurice de Fleury, ont soutenu, non sans arguments sérieux, l'hypothèse contraire, à savoir que, sous l'influence de l'excitation ou de la dépression de l'organisme, le cerveau qui en prend obscurément conscience se fixe momentanément à un cran correspondant, que, par exemple, la conscience vague de son impuissance à agir le rend peureux ou triste, et qu'en revanche le sentiment confus d'une vitalité haute le rend courageux, batailleur, orgueilleux. Après quoi, pour justifier à lui-même cet état affectif, il s'invente de toutes pièces des idées à l'appui, et trouve, en des circonstances par elles-mêmes indifférentes, des prétextes à légitimer sa fureur ou sa peine.

C'est ainsi que les malades atteints de mélancolie dépressive, si soigneusement étudiés par M. Georges Dumas, cherchent dans leur passé des incidents souvent menus, que leur esprit reprend, ressasse, amplifie démesurément. Plongés dans un désespoir qui n'a d'autres raisons que leur épuisement nerveux, d'un péché véniel commis dans leur jeunesse ils trouvent le moyen de faire un crime abominable, pour légitimer leurs scrupules de conscience, leurs remords à vide, et donner quelque consistance à leurs gémissements.

Chez mes neurasthéniques, j'ai cent fois observé le même phénomène. Ils sont sans énergie nerveuse, et leur esprit est désolé; mais stimulez comme il convient leur activité cérébrale par une bonne douche, une injection de sérum proportionnée à leur résistance du jour, ou, simplement, que s'éloigne un nuage qui voilait le soleil, et les voilà tout remontés et tout enclins à l'optimisme, du fait seul de cette hausse mécanique de leur activité vitale. Je pense donc que ni l'une ni l'autre des deux doctrines ne doit être rejetée comme fausse. M. Pierre Janet, qui a surtout examiné des hystériques et des aliénés d'un genre très voisin, a grand raison de dire que souvent l'idée fixe est la mère de l'émotion, la genèse des phénomènes affectifs dépendant ici d'un rétrécissement du champ de la conscience. C'est le mécanisme en surface, si je puis dire; j'entends par là que la plus grande partie de l'écorce grise, que la presque totalité du domaine intellectuel étant plongée dans la nuit, toute la lumière se concentre sur un certain point de l'esprit. Mais par cette ingénieuse et souvent juste théorie, un grand nombre de faits restent inexpliqués. A côté de ce mécanisme en surface, il y a le mécanisme en hauteur, si je puis dire. L'esprit de l'homme n'est souvent comparable qu'à une sorte de manomètre, dont le mercure oscille au gré des excitations venues du monde extérieur, passant de la fatigue à l'exaltation, de la mélancolie à la joie de vivre, de l'humilité à l'insolence, et de la crainte à la colère. Le graphique que je me suis efforcé de dresser, des différents états affectifs observés chez Frédéric R..., selon qu'il était en imminence paroxystique ou dans l'effondrement consécutif à l'accès, me semble intéressant à consulter à ce point de vue surtout, si on le superpose aux courbes fournies par les variations de la pression sanguine et de la force dynamométrique (*Fig.* 12 et 13).

Dans les monographies consacrées à l'épilepsie, il est souvent question de l'état de honte et de mélancolie qui paraît affecter un grand nombre d'épileptiques, alors qu'ils reviennent à eux au sortir d'un accès; et l'on ne manque point d'attribuer cet état d'âme au chagrin de ne pas guérir, et à la crainte d'être un objet d'horreur pour les témoins de leurs convulsions. Il y a assurément des cas où les choses se passent ainsi. Un de mes malades se montrait tourmenté, quand il avait eu une crise, par le chagrin de n'être point complètement guéri; sans doute, sa désolation s'accentuait encore du fait de sa dépression, puisque, aussitôt réparée la petite fatigue causée par ses forces absentes, il redevenait optimiste et cessait de se désoler. Il n'en est pas moins vrai que sa tristesse était rationnelle, et que, chez lui, l'idée devait jouer un rôle dans la genèse de l'émotion. Mais dans le cas de Frédéric R..., dans celui d'Auguste T... et dans un bon nombre d'autres de nos observations, nous voyons la tristesse, le scrupule, la honte, le remords, la crainte, manifestement déterminés, non point par un état d'esprit préalable et logique, mais uniquement par la baisse extrême et subite de la vitalité, baisse qui a son reflet dans l'esprit. Et, de même, ne voyons-nous pas des moribonds tourner à la dévotion et se convertir quand la vie leur échappe, quittes, s'ils retournent à la santé, à oublier leurs résolutions pieuses, et à recouvrer l'indépendance avec la force. C'est pour cela qu'un philosophe de ce temps (1) craignant d'avoir peur et de se convertir lorsque sa vitalité serait basse, avait prié que l'on ne tint pas compte de ses dernières volontés, au cas où son esprit atténué aurait voulu s'humilier *in-extremis* devant la foi que son intelligence saine et libre ne pouvait pas admettre. C'est qu'il connaissait bien les oscillations que décrit, le long de l'échelle de ses énergies, une âme affaiblie ou exaspérée par la maladie; et il ne voulait pas qu'on pût imputer à son nom les actions d'une personne humaine aussi différente de lui.

Ce n'est point faire d'inutile besogne que de comparer, à ces épisodes psychiques du mal sacré, d'autres faits analogues qu'un médecin est souvent à même d'observer. Là encore, nous pourrons voir l'idée n'intervenir que secondairement, par besoin de logique, et pour justifier un état affectif préalablement établi. Chez les neurasthéniques, par exemple, qu'on sait être sujets à de fortes oscillations de l'énergie nerveuse, nous voyons l'acte sexuel, qui est aussi une façon de paroxysme, déterminer souvent un grand état d'abattement moral, de pessimisme, de crainte et de remords, hors de proportion avec la gravité du péché qu'ils viennent de commettre. Un de mes malades, qui ne croit pas en Dieu, prétend n'avoir aucune chance et ne rien pouvoir entreprendre avec bonheur dans les quarante-huit heures qui suivent le coït. Il se sent comme sous le coup d'un châtiment qu'il aurait mérité; il est en état de remords, et cependant, aucune loi divine ni humaine n'assujettit son jugement intime. D'autre part, il n'est pas hystérique, et aucun incident survenu après le coït n'a pu constituer dans sa subconscience aucune idée fixe latente. Sitôt que l'énergie a réintégré

(1) Le système nerveux central. (Paris, 1899, t. II, p. 1334-39.)
(2) Etat mental des hystériques et névrosés et idées fixes.

(1) Renan. — *Souvenirs d'enfance et de jeunesse*, p. 377.

ses centres nerveux, sitôt que s'est refaite sa nutrition momentanément ralentie, il se moque du sentiment qui, la veille, le paralysait et l'empêchait d'agir, tant il était sûr, par avance, d'échouer dans son entreprise. Bien souvent, les femmes nerveuses présentent, au moment de leurs règles, des phénomènes analogues. Nous avons déjà vu de quelles variations dans la courbe de la tension artérielle et de l'état des forces s'accompagne ordinairement la période menstruelle. Il est fréquent de voir des modifications du caractère s'inscrire parallèlement : le plus souvent ce sont, tout au début, de l'énervement, un grand besoin d'activité, des colères à propos de rien; la venue du flux menstruel soulage cette tension nerveuse, parfois suivie d'abattement, de tristesse, d'inappétence, de dilatation de l'estomac et d'atonie de l'intestin.

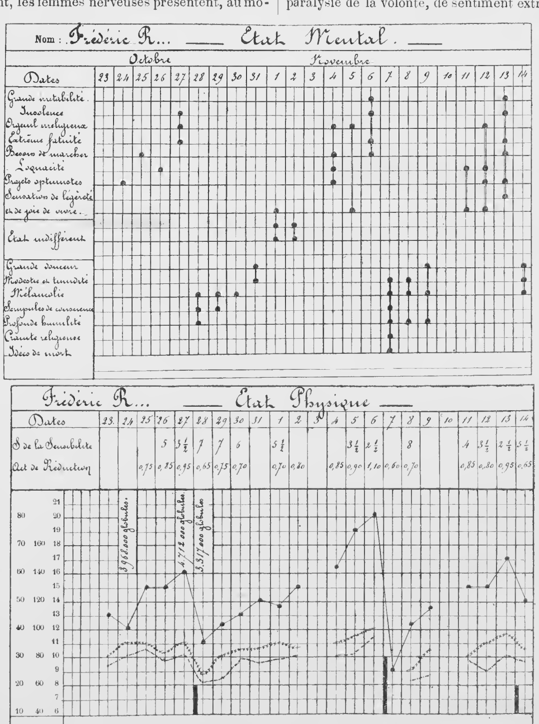


Fig. 12 et 13.

Une de mes malades, sujette à d'atroces migraines — qui la laissent pendant deux ou trois jours dans un état profond d'anéantissement intellectuel, d'incapacité absolue au travail, d'omnubilation de la mémoire, de paralysie de la volonté, de sentiment extrêmement mélancolique de déchéance et d'impuissance — n'est jamais aussi bien que la veille du jour où le mal doit la prendre. Elle sait cependant quelle abominable souffrance l'attend le lendemain. Mais, malgré cette certitude, elle ne peut se désoler. Un si grand bien-être, une si parfaite « euphorie » emplit toute sa personne, son corps est si léger et son esprit si plein de verve, son entrain à vivre si complet, qu'elle ne pourrait pas ne pas être joyeuse. Son histoire est à rapprocher de celle, partout racontée, du malade de Ross, qui

connaissait à son humeur qu'une attaque d'épilepsie n'était pas loin. « Je me sens, disait-il, très heureux, très joyeux, et cependant il n'y a rien dans ma situation qui puisse justifier ce sentiment, puisque ce sont mes accès qui m'ont fait perdre ma position. » Chez un malade de M. Magnan, dont le cas est cité dans l'ouvrage de MM. Marinesco et Sérieux, une phase expansive se produisait avant chaque accès comitial, éveillant en lui la fatuité la plus inattendue ; quoique fort laid, il devenait d'une invraisemblable coquetterie, ne doutant de rien, se montrant avec les femmes d'une témérité d'autant plus surprenante qu'elle contrastait avec sa modestie, sa réserve et sa timidité habituelles. « Dans d'autres cas, disent les mêmes auteurs, la période prémonitoire se traduit par un état d'énervement, d'irascibilité qui provoque l'apparition d'accès de colères et de fureur. Hors des asiles, ce changement d'humeur est fertile en rixes et en actes regrettables de toutes sortes (Magnan). Ces malades, jouissant d'une apparente lucidité et paraissant agir sous l'influence de la colère, sont souvent, dans ces circonstances, déclarés responsables et condamnés. »

Ce n'est point une idée qui commande à ces émotions.

Gubler a vu la médication bromurée rendre mélancolique, humble et timide un paralytique général en plein délire des grandeurs. J'ai vu la même chose chez le nommé Jules V..., chocolatier, qui s'imaginait être un potentat de la finance, faisait chaque jour des achats magnifiques et fous, et qui, dompté par 8 ou 10 gr. de Kbr. quotidiennement absorbés, devint aussi modeste, aussi peureux et aussi triste qu'il était primitivement orgueilleux et triomphant. Chez lui, la tension artérielle, d'abord très haute (22 à 24 c. m. de Hg) était tombée sous l'influence du bromure à 10 ou 11 centimètres. Comment pourrait-on expliquer par l'hypothèse d'une idée préalable commandant à l'émotion, les modifications de l'état mental apportées par tout ce qui grise, par l'alcool, par la musique, par le café, qu'une de mes malades appelle, dans sa langue imagée des faubourgs de Paris, « de la graine de bonne humeur » ? Nous voyons, sous l'influence de la douche, de la chaleur, du bain salé, du bain statique, du bain de lumière, de l'inhalation de gaz toniques (oxygène, ozone) ou tout simplement irritants (vapeurs nitreuses, acide fluorhydrique, etc.), le moral de l'homme se relever et passer, en peu de minutes, de la détresse à l'espérance. Un petit enfant nerveux de ma clientèle, ordinairement doux et triste, ayant été massé d'une façon trop forte et trop prolongée, changea de caractère ; il devint loquace, impatient, insolent et colère ; la cessation du massage fit cesser cet état d'esprit, qui recommença quand l'enfant fut massé de nouveau par la même main trop zélée. Voilà beaucoup de cas où, véritablement, il est clair que, sous l'unique influence d'une hausse ou d'une baisse de l'activité vitale, les émotions de joie ou de colère, de crainte ou de mélancolie, sont apparues, engendrant à leur tour un état intellectuel conforme, des idées de justification pour employer le mot de Malebranche. Cela n'infirme en rien la vérité des faits observés par M. Janet, ni la solidité de sa doctrine. Mais, si les médecins et les philosophes qui ont surtout étudié des hystériques ne peuvent manquer de croire à l'idée fixe, mère de l'émotion, ceux qui observent, surtout des neurasthéniques, des mélancoliques ou des épileptiques, tendent inévitablement à admettre la priorité de l'état affectif. C'est que, sans doute, l'hystérie est une maladie corporelle née de l'idée, tandis que la neurasthénie se conçoit bien plutôt comme une maladie de l'esprit née d'un mauvais fonctionnement de notre organisme physique.

Et, s'il était permis de remonter dans le passé pour rechercher comment l'humanité a connu les émotions, je pencherais à croire que, dans les premiers âges, l'homme fut uniquement colère d'être trop fort, triste d'être abattu. A ces états affectifs rudimentaires, l'expérience a associé certaines images mentales, certaines idées concordantes, et c'est seulement dans un âge plus avancé de l'évolution humaine, que les idées ont dû influer à leur tour sur les émotions.

RHINOLOGIE

Sur l'emploi de la sinuscopie vraie pour préciser les indications opératoires dans les affections du sinus de la face.

Par le Dr SUAREZ DE MENDOZA.

Les premières indications de thérapeutique chirurgicale, auxquelles aient donné lieu les collections purulentes du sinus maxillaire, remontent à la dernière moitié du XVIIe siècle et paraissent avoir été formulées par Meibomius père (1660). Ce chirurgien conseilla en effet l'avulsion de la dent, carriée dans le plus grand nombre des cas, et d'attendre la perforation consécutive de l'alvéole. En présence de l'inconstance de cette méthode, Cowper et Drake (1727) pratiquèrent la large perforation de l'alvéole. Mais la priorité n'appartiendrait pas à ces trois chirurgiens, et si l'on en croit Jourdain, ce serait Schultius qui, le premier, aurait opéré par l'alvéole. C'est ce qui découlerait d'une observation des dissertations d'anatomie d'Haller. Plus tard, nous voyons le traitement de l'abcès maxillaire préoccuper les praticiens, et la proposition de Jourdain, d'employer les injections faites par l'ostium dans ce but thérapeutique, soulève une discussion de l'Académie de chirurgie (1765). Et Adlouel revendiqua la priorité de la méthode pour son père qui l'aurait employée en 1739.

L'ostracisme dont l'Académie de chirurgie frappa la méthode d'évacuation du sinus par son orifice naturel, influença les chirurgiens qui cherchèrent à ouvrir une voie au pus soit en revenant aux anciennes pratiques de Meibomius, Cowper et Drake (alvéole) soit en suivant le procédé de Desault et se faisant jour à travers de la fosse canine, soit enfin, en trépanant la cavité maxillaire au-dessus du rebord alvéolaire, à l'exemple de Lamorier. Pendant de longues années, chacun, suivant son tempérament ou ses goûts, a pu obtenir des succès en se servant de l'une ou l'autre de ces diverses méthodes. Mais depuis que le procédé de Luc, heureuse modification du procédé de Desault fit son apparition, la majorité des chirurgiens, surtout parmi les spécialistes, ont presque toujours recours au dit procédé qui, comme on le sait, consiste à ouvrir après décollement de la muqueuse et des parties molles largement la paroi externe du sinus, à cureter la cavité et à suturer la muqueuse après avoir fait une contre-ouverture dans la paroi interne du sinus, au niveau du méat inférieur. Or, il est arrivé souvent que des spécialistes très habiles, après avoir enlevé la paroi externe du sinus, ont constaté que la muqueuse de celui-ci était saine et qu'il n'y avait pas lieu de faire du curettage.

Comme ladite intervention qui réclame l'emploi du

chloroforme n'est pas absolument inoffensive, il m'a toujours semblé qu'il ne faudrait pas la conseiller sans avoir précisé, d'une façon nette, son indication. Pour ce faire, j'ai mis à contribution la sinuscopie vraie me servant, pour la pratiquer, des appareils employés pour urétroscopie plus ou moins modifiés.

Voici la technique que j'ai adoptée, et dont jusqu'à présent je n'ai qu'à me féliciter ; une fois qu'à l'aide des signes connus le diagnostic de la sinusite maxillaire est posé, je pratique toujours une ponction exploratrice avec lavage au niveau du méat inférieur.

Si ladite ponction confirme le diagnostic de collection liquide dans le sinus, l'*ouverture simple* du sinus est indiquée. Je pratique celle-ci soit par l'alvéole, soit à travers le méat inférieur, à l'aide de la scie tubulaire mue par le tour électrique et guidée par le trocard explorateur, fiché dans la paroi interne du sinus. J'institue alors le lavage bi-journalier et deux ou trois jours après, quand les bords de la section ne sont plus saignants, je fais la sinuscopie en introduisant par l'ouverture pratiquée le bout cylindrique du sinuscope armé de son mandrin. Si je constate la présence de fongosités, j'ai recours alors au curettage soit en agrandissant la perforation alvéolaire, soit en faisant sauter la paroi externe du sinus par la méthode de Luc.

Si la muqueuse est en bon état (soit qu'on ait à faire à une pseudo-sinusite ou à un processus récent), je me tiens aux injections antiseptiques qui amènent souvent la guérison. Dans un travail complet que je prépare, j'insisterai sur les divers détails de mon procédé.

Cette note a seulement pour but de prendre date devant vous et surtout de profiter du hasard de la clinique, qui à mis a ma disposition un cas de fistule de l'antre Higmore, pour vous faire voir comme l'emploi du sinuscope rend facile l'éclairage et l'examen de la cavité du sinus.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Cours d'histoire naturelle médicale : M. le Pr Blanchard.

L'histoire naturelle médicale est, à l'heure actuelle, l'apanage de la Faculté des Sciences où l'on enseigne les sciences chimiques, physiques et naturelles, aux futurs étudiants en médecine. Malgré cela, la chaire d'histoire naturelle de la Faculté de Médecine a été maintenue à juste raison, et pour en être bien persuadé, il suffit d'assister au cours du Pr R. Blanchard, qui a été ouvert mercredi soir, 7 mars, à 5 heures, dans l'Amphithéâtre de physique et de chimie de l'Ecole de Médecine.

M. R. Blanchard limite son cours à la parasitologie et étudie dans sa première leçon les amibes. Le savant professeur a intéressé vivement ses nombreux auditeurs à la structure de ces protozoaires, dont le corps est formé d'une simple cellule qui se meut et se nourrit au moyen de ses pseudopodes. Il indique les modes de reproduction de l'amibe par scissiparité, par karyokinèse et enfin par sporulation. Ce dernier mode de développement des amibes est tout particulièrement intéressant et sa découverte, due à un naturaliste allemand, Scheel, est relativement récente.

L'amibe a besoin, pour vivre, d'humidité. Si cette humidité vient à diminuer, l'amibe, naguère étalée, se contracte en une sorte de globule. Elle se meut alors dans une rotation rapide sur elle-même, comme une sorte de toupie, et cela durant plusieurs jours. Pendant cette rotation, la surface de l'amibe se recouvre d'une sorte de carapace dure qui la protège du dessèchement, et partant, de la mort. Le noyau se fragmente indéfiniment, et ces fragments de noyaux, sous l'influence de la force centrifuge, se portent vers la périphérie, s'y entourent de protoplasma et attendent qu'une influence quelconque brise l'enveloppe de l'amibe et permettent à ces spores de devenir des amibes à leur tour. Les amibes sont des parasites que l'on rencontre fréquemment dans le tube digestif. La plus commune est l'*amœba coli*, découverte en 1875 par un médecin russe, Lösch, qui la trouva en nombre considérable dans les selles d'un diarrhéique. Lösch compara cette amibe à l'amibe des eaux de marais et eut de la tendance à admettre que ce protozoaire jouait un rôle pathogène dans l'affection diarrhéique. Cette hypothèse n'a pas encore été vérifiée et M. R. Blanchard a plus de tendance à croire que l'amibe, en pareilles circonstances, ne joue qu'un rôle accessoire et est un épiphénomène dans la maladie.

Nous ne pouvons, à notre grand regret, mettre suffisamment en lumière tout l'intérêt scientifique et pratique que le distingué maître donne à ce cours exclusivement médical ; chacun pourra plus facilement s'en rendre compte en y assistant les vendredis, les lundis et les mercredis à 5 heures. J. N.

Cours de pathologie interne : M. le Pr Hutinel.

La première leçon a eu lieu le mardi 6 mars, à trois heures, dans le grand amphithéâtre. Cette année le professeur traitera des maladies du foie; il a commencé par un aperçu général sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie de cet organe. Pour chacun de ces points il a montré la série des travaux qui se sont succédé, les théories qui ont pris jour, l'état des connaissances actuelles. Au point de vue anatomique le massage a été d'un secours inoubliable, car grâce à lui on a pu établir l'importance de la cellule hépatique. A ne considérer que cet organe et sa constitution, il est aisé de supposer combien ses fonctions sont importantes, et partant de là, le professeur fait dérouler devant ses auditeurs, le rôle multiple du foie. Grâce à la précision qui est une des qualités de M. Hutinel, cette revue rapide des fonctions hépatiques est pleine d'intérêt, et prépare admirablement les étudiants avides d'apprendre, à la dernière partie du cours, où sont attardés les phénomènes pathologiques. Je cite, parmi l'énumération qui en est faite, ce qui a trait à la nature des cirrhoses. Ces dernières ont été classées soigneusement au début. Mais peu à peu on s'est aperçu que leur nombre augmentait : chacun créait des formes nouvelles, il y avait des cirrhoses mixtes qui elles-mêmes se scindaient: bref on en est arrivé à l'émiettement complet de la cirrhose. Enfin le professeur termine son cours, en rappelant l'importance considérable de l'état de la cellule hépatique, dans le pronostic des maladies. Sa tâche est considérable, aussi son insuffisance se manifeste-t-elle par des troubles sérieux, le rein à ce point de vue se place presque sur une même ligne et on peut dire aujourd'hui, étant donné l'état actuel des connaissances. « Tant vaut le foie, tant vaut le rein, tant vaut la résistance de l'organisme qui les possède. »

M. Hutinel est très goûté des élèves. Son cours est très intéressant, il est clair, il est pratique, enfin il n'est pas monotone, le professeur variant beaucoup ses intonations et mettant beaucoup de chaleur dans son exposition.

Conférences sur les maladies de la peau : M. le Dr Gaucher, agrégé.

M. E. Gaucher, médecin de l'hopital Saint-Antoine, a repris son cours annuel de dermatologie, le dimanche 4 mars, à 10 h. 1/2, à l'hôpital Saint-Louis, et les continuera tous les dimanches à la même heure. Cette année, le professeur se propose de traiter les *dermatoses parasitaires et les tumeurs de la peau.* Un public nombreux se pressait dans l'Amphithéâtre des cliniques : il faut dire que le jeune conférencier a l'élocution facile et est très sympathique. Dans sa leçon d'ouverture, M. Gaucher, jugeant tout préambule inutile — ce qui est, en effet, une perte de temps — est entré immédiatement dans le vif du sujet. En quelques mots, il a tracé à son auditoire le plan des affections qu'il se propose de traiter. Divisant les dermatoses parasitaires en deux grandes classes, celles qui n'intéressent que la couche cornée de l'épiderme, les *dermatoses épiphytiques*, et celles dont les champignons se logent dans les follicules pileux, il a consacré cette leçon d'ouverture aux premières qui ne comptent que deux genres d'affections, le *pithyriasis versicolor* et l'*érythrasma.* Un exposé très clair de ces deux affections a permis aux auditeurs d'en saisir immédiatement les points saillants. Le pithyriasis versicolor se fait remarquer par sa desquamation large qui est pathognomonique; dans l'érythrasma, c'est une pulvérulence analogue au son. Le premier siège sur le tronc, à la partie antérieure de la poitrine; le second réside dans le pli inguinal. Le premier se rencontre chez les cachectiques, neuf fois chez un tuberculeux, une fois chez un arthritique; le second est l'apanage des arthritiques goutteux.

Nous ne pouvons malheureusement pas — ce que nous regrettons — donner ici le compte rendu entier de ce cours intéressant. Bornons-nous à dire que M. Gaucher a su présenter, sous un jour agréable et même attrayant, cette étude quelquefois si ardue, mais bien indispensable, de la dermatologie. La riche collection des moulages en cire de l'hôpital Saint-Louis, permet au professeur d'appuyer sa démonstration et de la mieux faire saisir : c'est l'éducation de l'œil. Etudiants et jeunes médecins ne pourront que retirer grand profit des conférences de M. Gaucher. F. Buret.

Conférences de physique médicale : M. André Broca, agrégé.

Mercredi, à 4 heures, dans l'amphithéâtre de physique et de chimie, ont commencé les conférences de physique médicale, et nous avons été surpris du petit nombre d'auditeurs.

L'*optique physiologique*, ainsi que l'a dit d'ailleurs le professeur, présente un très grand intérêt pour le médecin, car celui-ci ne pourra se rendre compte de l'état pathologique qu'autant qu'il connaîtra l'état physiologique. C'est pour cette raison que, parmi tous les faits scientifiques connus sur la physiologie de l'œil, il faut retenir ceux qui ont ou peuvent avoir une application dans l'étude de la pathologie de cet œil.

M. André Broca expose alors le programme de son cours.

Les phénomènes se divisent en deux grands groupes : les phénomènes statiques (phénomènes brutalement physiques qui se passent dans le globe de l'œil) et les phénomènes dynamiques (phénomènes de la vie nerveuse).

On sera donc amené à étudier le système optique de l'œil, c'est-à-dire à étudier les conditions dans lesquelles l'œil doit être placé pour donner des images nettes des objets placé à l'infini. Ce chapitre a conduit à l'étude de l'œil emmétrope, de l'œil amétrope et de l'ophtalmoscope.

On passera ensuite à l'étude de l'accomodation et de sa déchéance, déchéance à longue échéance ou presbytie, déchéance à brève échéance (hypermétropie et astigmatisme) amenant l'asténobie et le spasme de l'accomodation; on verra alors quelle doit être la conduite du médecin dans ces différents cas.

On étudiera ensuite la fonction de l'association des mouvements oculaires et sa lésion, le strabisme.

Dans la deuxième partie de ce cours, on étudiera les priopriétés rétiniennes pures, point très important à cause des pertubations fréquentes qu'il présente.

Cette étude se divisera en deux groupes : étude des minima perceptibles (élément très important pour doser l'état de maladie, dans les cas de convalescence, d'anémie, etc.); étude de la topographie rétinienne, (applications dans le diabète, le tabes, la syphilis).

Enfin, le cours se terminera par l'étude de l'hygiène de la vue, c'est-à-dire des installations lumineuses, du choix de la lumière, etc. L. N.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 26 février 1900.

Sérothérapie du charbon symptomatique.

M. S. Arloing, en face de l'imperfection des résultats fournis jusqu'ici par la sérothérapie du charbon symptomatique, a expérimenté le sérum d'une génisse préparée depuis six mois. Ce sérum s'est montré doué de propriétés préventives et curatives; en effet, injecté à la dose de 10 cc. dans le tissu cellulaire d'un mouton de 30 kilogrammes, il rend celui-ci réfractaire à l'inoculation sous-cutanée d'une dose mortelle de virus. Si le sérum est injecté dans une veine, une dose dix fois plus petite est suffisante pour conférer l'immunité; enfin il suffit d'une dose quarante fois moindre, si le sérum et le virus, préalablement mélangés, sont injectés ensemble.

Au point de vue des effets curatifs, on n'obtient de résultats favorables que si le sérum intervient très rapidement après l'infection; par voie sous-cutanée, une dose largement préventive ne peut arrêter la marche d'une inoculation mortelle que pendant les trois premières heures, par voie sanguine, la même dose est encore curative au bout de neuf heures, mais elle ne l'est plus à la douzième heure. Ce sérum conserve ses propriétés quand on le dessèche rapidement à l'air libre, à la température de 38°.

Traitement de l'infection tuberculeuse par le plasma musculaire.

MM. Héricourt et Richet, pour étudier le mécanisme de l'action thérapeutique de la viande crue dans la tuberculose, ont fait une série d'expériences desquelles il résulte d'abord que si la viande cuite ne produit pas les mêmes effets que la viande crue, cela tient à ce que la cuisson détermine la coagulation de certains ferments albuminoides. Mais le point important de leurs recherches visait la partie active de la viande; pour cela ils ont séparé la pulpe d'avec le plasma musculaire, et ont trouvé que ce dernier était véritablement actif. Ce sont donc les principes solubles dans l'eau qui représentent la partie active de la viande.

Il ne s'agit pas ici d'un phénomène de suralimentation ni même d'alimentation, la quantité d'azote contenue dans le plasma étant très faible, mais d'une action immunisante analogue à celle des produits animaux injectés dans les veines; c'est une véritable opothérapie musculaire, que nous proposons de nommer *zomothérapie.*

Action des courants de haute fréquence et de haute tension sur la tuberculose pulmonaire chronique.

M. E. Doumer poursuit, depuis plus de quatre ans, l'étude de l'action que les courants de haute fréquence et de haute tension exercent sur la marche et sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire chronique. Ses essais thérapeutiques ont porté sur 17 malades des deux sexes, tuberculeux à des degrés divers, et soignés dans son service de l'hôpital Saint-Sauveur, à Lille. Chez tous ces malades, il promenait pendant 5 à 12 minutes, chaque jour ou seulement tous les deux jours, l'effluve provenant d'un puissant appareil sur la surface du thorax correspondant aux lésions tuberculeuses, tant en avant qu'en arrière, et sans chercher à éviter les étincelles longues et grêles qui éclatent parfois entre l'électrode et le malade. Dans ces conditions, la plupart des symptômes cèdent au bout d'un temps variable, et l'évolution de la maladie est enrayée. Dès la cinquième ou huitième application, les transpirations nocturnes commencent à diminuer, pour cesser complètement vers la quinzième séance ; l'atténuation et la disparition de la fièvre vespérale se font à peu près dans le même délai ; c'est aussi vers la quinzième application que l'appétit commence à être heureusement influencé. Vers la fin du second mois, la toux devient moins persistante et moins pénible, l'expectoration subissant des modifications parallèles ; mais pour ces deux symptômes, on assiste à de fréquents retours en arrière et ils ne disparaissent d'une façon définitive qu'à la fin du traitement. Enfin, plus tard, au bout de trois à quatre mois, les signes stéthoscopiques eux-mêmes se modifient, et finissent par n'être plus perceptibles sur le sixième ou le huitième mois. Chez 5 de mes 17 malades, le traitement est terminé depuis plus de deux ans, et la guérison symptomatique s'est maintenue parfaite.

Elimination du cacodylate de soude par les urines après absorption par la voie stomacale.

MM. H. Imbert et E. Badel ont constaté qu'après l'ingestion de cacodylate de soude, l'arsenic peut être décelé dans l'urine dès la première miction, et que son élimination se poursuit pendant près d'un mois. Ils ont, en outre, vérifié le fait déjà observé par M. A. Gautier, à savoir que le cacodylate de soude administré par la bouche, diminue notablement, pendant plusieurs jours, la quantité d'urine émise. Phisalix.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 3 mars 1900. — Présidence de M. Troisier.

Modifications histologiques de la muqueuse gastrique à la suite de la section des pneumogastriques.

MM. Lion et Théohari ont pratiqué cet examen sur cinq chiens ayant subi la section des nerfs vagues, soit au niveau du cou, soit au niveau du cardia. Les cellules principales volumineuses, ont l'aspect absolument clair, le réticulum cytoplasmique était parfaitement net dans toute la cellule. L'hématéine ne montre pas de portion basale différenciée ; aucune granulation n'apparaît dans la portion interne avec les colorants, (violet de gentiane, bleu de méthylène et éosine). A l'état normal, entre la cinquième et la septième heure de la digestion, les cellules principales présentent des filaments basaux (propymogènes) qui se transforment en fines traînées de granulations acidophiles ; ces dernières deviennent libres dans les mailles, sous forme de grosses granulations (ferments), neutrophiles. A la suite de la section des pneumo-gastriques, toutes ces modifications physiologiques font défaut.

Névrite expérimentale produite par la toxine typhique.

M. H. Vincent (du Val-de-Grâce). — En injectant, au voisinage du nerf sciatique du cobaye quelques gouttes de toxine typhique très active, j'ai pu reproduire les symptômes et les lésions de la névrite périphérique typhique. L'injection est indolore. A faible dose, aucun symptôme anormal ; si la quantité est plus forte, le lendemain apparaissent de la douleur et du gonflement local, puis atrophie rapide du membre qui devient inerte, les orteils recourbés en griffe, la patte refroidie a perdu sa sensibilité ; ces divers troubles moteurs apparaissent vers le sixième jour. L'examen microscopique montre que la lésion initiale frappe le nerf au niveau des *étranglements interannulaires*, phénomène qu'explique la dialyse, plus facile à cet endroit. Au voisinage des épanchements, la myéline est raréfiée ou bien commence à se segmenter en une ou plusieurs petites boules se succédant en chapelet. Les fibres moyennes ou petites sont plus atteintes. Il existe parfois une multiplication des noyaux. Si l'inoculation est plus ancienne, la dégénérescence du nerf est plus considérable. La myéline est fragmentée en une quantité de boules irrégulières ; conglomérées en masses volumineuses ; parfois elle a disparu. Le cylindre axe est variqueux, déformé, bosselé, filiforme en certains points, à peine coloré par les réactifs. Ces lésions rappellent celles signalées par Pitres et Vaillard, chez l'homme. Les muscles ne sont pas altérés ; la plupart des fibres musculaires ont perdu leur striation double. Le protoplasma est granuleux, mal coloré, rose-grisâtre ou bien amorphe, presque vitreux, rappelant ainsi les lésions décrites autrefois par Zenker. Dans quelques fibres, le protoplasma a disparu, ou n'est plus représenté que par de petits blocs homogènes, d'un gris rosé, enfermés dans la gaine, affaissée et vidée. Les noyaux du sarcolemme sont conservés. Quelques-uns sont en voie de multiplication. Mais c'est dans le tissu conjonctif inter-fasciculaire que la prolifération cellulaire a paru la plus abondante.

Le microbe de la rougeole.

M. Lesage envoie une note sur le microbe de la rougeole trouvé par lui, dans les mucosités du nez et des bronches des morbilleux. Ce microbe ressemble à celui de la grippe, mais pousse sur gélose simple et sur agar sans peptone ; donne des cultures en pointillé, comme celles du streptocoque et ne prend pas le Gramm. Il ne tue pas les animaux inoculés ; mais injecté sous la peau du lapin, il détermine la formation d'un œdème, dont la sérosité renferme le microbe.

Développement des voies lacrymales chez l'homme et chez les animaux.

M. G. Stanculéanu a étudié le développement des voies lacrymales. Chez l'homme et le porc, le lapin, le mouton, la fermeture de la gouttière lacrymale, due au bourgeonnement de ses parois, fournit le canal nasal et le canalicule inférieur ; le canalicule supérieur se développe par bourgeonnement secondaire. Au contraire chez le poulet, c'est le canalicule inférieur qui se développe secondairement. Dans la suite du développement chez l'homme, les canalicules présentent une forme très dissemblable, le supérieur ayant une portion verticale en forme d'entonnoir qui manque à l'inférieur, dont la forme est plus allongée. Le canal nasal exécute en tout une courbe à concavité interne, qui se redresse plus tard par développement du maxillaire supérieur. Dans un grand nombre de fœtus et de nouveau-nés, l'auteur a constaté que ce canal s'ouvre dans les fosses nasales, à la fin du huitième mois, ou après la naissance. La doctrine qui explique la dacryocistite congénitale par un retard d'ouverture du canal, on peut expliquer les dacryocistites constatées chez le fœtus de six mois. On n'a n'on plus retrouvé trace de microbes sur ces dacryocistites congénitales. Les sinus maxillaire et ethmoïdal quoique très postérieurs peuvent se trouver sur la même coupe que le canal à sa partie postérieure.

Appareil transformant la loupe simple en loupe binoculaire et stéréoscopique.

M. Emile Berger présente un instrument où l'objet placé dans le foyer donne sur les deux rétines deux images différentes, et arrivant sur un même point des deux rétines

sont perçues comme appartenant à un seul objet finement en relief. Les hystériques, les personnes habitués par profession à la vision monoculaire (histologistes, astronomes), ont une certaine *difficulté* à éprouver cette vision stéréoscopique.

Glycosurie produite par le staphylocoque.

M. Lépine (de Lyon), a déterminé l'apparition de la glycosurie au cours d'une infection staphylococcienne.

Glycogène et grossesse.

M. Charrin et Guillemonat. — Les hydrates de carbonne produits pendant la grossesse présentent une série d'anomalies qui peuvent déterminer la glycosurie observée fréquemment dans la grossesse. Le glycogène du foie est plus abondant chez les femelles gravides, et augmente si on injecte du sucre sous la peau; la glycosurie est parallèlement plus prononcée chez ces femelles. Les tissus détruisent donc la glycose avec lenteur, dès qu'il y a maladie ou tare, on comprend la rapidité avec laquelle l'organisme réagit en présentant chez ces femelles gravides la glycosurie.

Nature du rhumatisme.

M. Charrin. — Le staphylocoque blanc, décrit par M. Bouchard au cours du rhumatisme, est certainement le microbe le plus fréquemment rencontré; l'auteur l'a aussi rencontré deux fois dans un rhumatisme des petites articulations avec angine dont le pus contenait du staphylocoque. Mais aucun de ces microbes n'a été constamment retrouvé; il existe donc peut-être au point de vue microbien plusieurs rhumatismes, comme il existe plusieurs pleurésies, plusieurs amygdalites dépendant de quatre ou cinq germes (albus, aureus, bactérium-coli, streptocoque). Ce sont les mêmes qu'on retrouve dans les rhumatismes; ces microbes se développent facilement dès qu'on injecte aux animaux des acides, surtout l'acide lactique. Or cette tare est fréquente chez les rhumatisants, puisque cette maladie a été rangée longtemps dans les dyscrasies acides. Que l'hérédité, le froid, surtout le froid humide en fermant les glandes de la peau qui excrètent l'acide urique, que le pouvoir trophique du système nerveux soit altéré, diminuant l'alcalinité, les germes augmentent aussitôt et évoluent, donnant naissance au rhumatisme expliqué par les théories chimique, nerveuse, infectieuse.

MM. Rochat et Fonseca (Rio-de-Janeiro) envoient une note sur *une fièvre infectieuse simulant la peste* et dont la cause est un microbe fluorescent.

M. Dubois (de Lyon) envoie une note sur la *spermase et l'ovulase.*

M. Maurel (de Toulouse) étudie *l'action du salicylate de soude* sur la sécrétion biliaire et nommée les produits éliminés.

M. Anglas expose ses recherches sur la *phagocytose et la lyocytose.*

MM. Langlois et Camus ont étudié *l'action de l'extrait* de capsules surrénales sur la pression sanguine, et constatent de nouveau que cela l'augmente. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 6 mars 1900. — Présidence de M. Marey.

Traitement de l'obésité.

M. Debove présente un malade qui pesait il y a un an 147 kilog., était lithiasique et albuminurique et qui, guéri actuellement de ses deux affections, ne pèse plus que 93 kilog. Il a donc perdu 54 kilog., plus du tiers de son poids. Ce résultat fort intéressant a été obtenu sans médicaments, sans cure d'exercice qui avait été impossible, le malade au début ne pouvant plus bouger. Au début le malade a pris pour toute nourriture, deux litres et demi de lait cru, plus tard cette ration a été réduite à deux litres et même à un litre par jour. Depuis quatre mois, le régime a consisté en légumes verts, salades herbacées, fruits crus à discrétion. En un mot le traitement a été surtout l'alimentation insuffisante. Celle-ci a été bien tolérée et bien acceptée, grâce à l'hospitalisation et à l'isolement.

Appendicite et grossesse.

M. Pinard signale la fréquence de l'appendicite chez les femmes enceintes. Il montre qu'à condition d'y songer le diagnostic est possible. Les confusions souvent faites avec les indigestions, la péritonite (très rare en dehors de l'appendicite), sont faciles à éviter.

M. Pinard conclut: 1° Que l'appendicite est observée chez les femmes enceintes primipares ou multipares et à toutes les périodes de la grossesse; 2° que pendant la grossesse, l'appendicite, à marche insidieuse au début, prend souvent une allure foudroyante et revêt un caractère spécial de gravité; 3° que l'intervention opératoire, aussi hâtive que possible, peut seule offrir des chances de guérison; 4° que, même en face d'un cas qui paraît désespéré, en ayant le courage d'intervenir, on peut quelquefois empêcher les malades de mourir.

Abcès dysentériques du foie.

MM. Kelsch et Nimier signalent les allures spéciales, les rémissions, les paroxysmes, la tendance aux récidives et à la chronicité qui différencient les abcès de la dysentérie, des abcès pyogéniques ordinaires. Les caractères de l'évolution anatomique éloignent encore l'abcès dysentérique des suppurations banales et le rapprochent plutôt des tumeurs, notamment du tubercule. D'ailleurs, la tuberculose peut développer dans la glande hépatique des abcès froids tout à fait analogues à ceux de l'hépatite dysentérique. Au fond, dans ses caractères essentiels, le processus anatomique de celle-ci est semblable au processus dysentérique lui-même. De part et d'autre, la lésion fondamentale est une nécrose, dont la différence, d'ailleurs, dans le foie et l'intestin, tient à la différence de structure des deux organes.

Traitement de la luxation congénitale de la hanche.

M. Ducroquet présente huit malades opérés par le procédé qu'il a communiqué en 1899 à l'Académie. Il cherche avant tout à obtenir la rétraction de la partie postérieure et supérieure de la capsule. Les radiographies montrent que le succès obtenu est durable. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 2 mars 1900. — Présidence de M. Troisier.

La Médication cacodylique.

M. Widal a traité par le cacodylate de soude, avec M. P. Merklen, des tuberculeux et des malades atteints de leucocythémie. Chez les tuberculeux, les résultats n'ont été satisfaisants qu'à la première période de l'affection. La médication cacodylique a excité l'appétit et amélioré notablement l'état général. Le cacodylate était administré à la dose de 0 gr. 05 à 0 gr. 10 en injections sous cutanées. Chez les leucocythémiques, M. Widal a aussi obtenu une amélioration de l'état général mais aucune modification des lymphadénomes qui existaient chez certains de ces malades. La seule chose très intéressante qu'il a constatée, c'est l'accroissement très rapide des hématies après l'injection qui double le nombre. M. Widal a tenté des expériences sur des animaux splénectomisés, pour se rendre compte chez eux de la multiplication des hématies, la rate étant considérée comme un foyer de destruction des globules rouges. Il a encore essayé l'immunisation des animaux au cacodylate comme Beresdka l'avait fait pour l'acide arsénieux, mais les résultats n'ont pas été concluants.

M. Hirtz a essayé le cacodylate de soude chez des tuberculeux à la première période avec succès. Dans la leucémie, il n'a obtenu aucun résultat.

M. A. Gauthier rappelle qu'il a, dès 1897, essayé pour la première fois l'acide cacodylique dans les maladies consomptives. Il insiste sur la différence absolue entre la médication cacody-

lique et la médication arsenicale. Aucune ressemblance n'existe entre ces deux médications pour leurs effets. M. Gauthier considère la voie hypodermique comme devant seule être employée. Dans le tube digestif, l'acide cacodylique sa transforme, il s'en suit la fétidité de l'haleine et l'élimination de produits irritants pour les reins. Il se forme de l'oxyde de cacodyle dans le tube digestif par réduction et cet oxyde de cacodyle est différent de l'acide cacodylique comme effet et est un poison.

M. Gauthier fait remarquer qu'on ne peut encore affirmer que les cacodylates guérissent ou ne guérissent pas la tuberculose. Il a pu observer plusieurs cas de régression de la maladie au deuxième degré. M. Gauthier est persuadé que la médication ne produit qu'un effet très lent. Il croit qu'on peut, durant plusieurs années, faire usage sans accoutumance du cacodylate. Il croit qu'il est bon de faire prendre en même temps un peu d'iodure de potassium. Il a noté qu'à la suite les cheveux et tout le système pileux s'est fortement developpé.

M. Danlos ne croit pas au danger de l'acide cacodylique pris par le tube digestif, du moins, il ne l'a pas observé.

M. Gauthier persiste à considérer l'administration du cacodylate de soude par le tube digestif comme très dangereuse.

M. Hayem ne se considère pas encore comme suffisamment éclairé sur l'action de cette médication contre la tuberculose. La voie hypodermique à son avis est le seul mode d'administration qu'on puisse conseiller. Au bout de douze ans de travaux, M. Hayem a démontré que seul le fer était le spécifique de la chlorose. Il a tenté d'administrer le cacodylate de sodium dans la chlorose, il en conclut dès à présent que cette médication n'est pas plus utile que le repos, l'alimentation et la liqueur de Fowler. Il faut donc continuer à donner du fer, dans l'anémie de la chlorose. Dans d'autres anémies symptomatiques le cacodylate lui a donné des effets analogues à ceux des autres arsénicaux.

M. Dalché n'a pas remarqué d'accidents graves en donnant du cacodylate par le tube digestif.

M. Rendu n'a essayé le cacodylate que dans la tuberculose. Les injections hypodermiques ont produit de bons résultats, mais les malades n'ont pas voulu se soumettre assez longtemps à la médication. Toutes les fois qu'il l'a administré en pilules le malade a perdu l'appétit et la médication a dû être supprimée.

M. Barth a remarqué que les injections étaient parfaitement supportées et nettement efficaces. Chez tous les tuberculeux au premier degré, atteints d'une façon indiscutable, il a vu une amélioration surprenante survenir. En donnant le cacodylate par la bouche il est arrivé rapidement à des accidents qu'il considère comme des accidents d'intolérance arsenicale. Par la bouche, il croit qu'on obtient les effets de la médication arsenicale et que par la voie hypodermique la médication cacodylique est toute différente. M. Barth demande à M. Gauthier comment s'élimine le cacodylate.

M. Gauthier cite le résultat d'expériences faites par M. Imbert. L'élimination du cacodylate dure assez longtemps et n'est jamais complète. Ce corps arsenical reste dans certains tissus : la peau, le corps thyroïde, les cheveux. M. Gauthier a constaté chez certaines femmes traitées par le cacodylate une augmentation de longueur des cheveux de 0 m. 25 en quelques mois. Il a noté que l'arsenic est toujours dans les tissus allié à l'iode, ce qui l'engage à administrer un peu d'iodure avec le cacodylate. J. N.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 7 mars 1900. — Présidence de M. Richelot.

Appendicites chroniques.

M. Walther fait une communication sur les adénopathies et les adhérences épiploïques dans l'appendicite chronique. Ces adhérences ne sont pas rares. Sur 103 appendicites opérés par lui depuis deux ans, dont 83 à froid, M. Walther a trouvé dix-huit fois des adhérences épiploïques, surtout au niveau du cæcum et du côlon ascendant. Or, ces adhérences anciennes avec transformation fibreuse de l'épiploon peuvent se développer dans l'appendicite chronique d'emblée, déterminant alors des coudures de l'intestin et ayant sans doute une part importante dans les troubles digestifs symptomatiques de cette appendicite chronique. De plus, on peut observer des poussées aiguës d'épiploïte dans ces adhérences, après que l'appendice a été enlevé. Donc, il faut toujours enlever ces adhérences.

Cure opératoire des fistules vésico-vaginales par la méthode du dédoublement.

M. Ricard présente trois nouvelles observations de maladies guéries par cette méthode et met en relief les trois points suivants : 1° Ce procédé peut réussir dans les cas graves, difficiles, où le vagin est cicatriciel; 2° on peut, plus facilement que l'on ne pense, abaisser la fistule et la rendre accessible ; 3° on n'a pas besoin d'instruments spéciaux. Il faut avoir soin, en outre, de rendre les lambeaux très flottants, en dépassant largement les limites de la fistule.

Traitement des kystes hydatiques.

M. Peyrot présente l'observation d'une malade opérée, en 1896, par M. Cazin pour un kyste hydatique du foie, traité par la marsupialisation et réopérée dernièrement par lui pour des kystes hydatiques du petit bassin, qu'il attribue à une inoculation secondaire. Après avoir enlevé trois vésicules, dont la plus grosse pesait 1.400 grammes, il put faire le capitonnage et la guérison, par première intention, fut obtenue. Il considère donc le capitonnage comme une méthode utile et recommandable.

Traitement de l'hématocèle rétro-utérine.

M. Potherat prend la parole pour protester contre une fausse interprétation, donnée par M. Reynier dans la dernière séance, à une de ses observations. Il s'agissait d'une grande colpotomie pour hématocèle, suivie d'une grande hémorragie qui l'oblige à faire secondairement la laparotomie. Or, M. Reynier s'en sert comme d'argument pour préconiser la laparotomie comme traitement de choix. M. Potherat fait alors remarquer que la malade avait eu une syncope avant l'opération causée par une hémorragie, méconnue à ce moment; il aurait fait la laparotomie immédiate, s'il l'eut diagnostiquée. Ainsi que la plupart de ses collègues il est, en effet, partisan de la colpotomie dans l'hématocèle et de la laparotomie dans la grossesse extra utérine.

Plaies pénétrantes de l'abdomen.

M. Rochard fait un rapport sur une observation de M. Demoulin relative à une femme qui s'est tirée une balle de revolver dans la région du cœur et présentait de l'hématémèse. La laparotomie, pratiquée immédiatement, montra une perforation de la face antérieure de l'estomac qui fut suturée, puis un foyer hémorragique, au niveau de la rate, arrêté par une ligature sur le bord tranchant. Pour M. Rochard, il n'y a plus à discuter sur la nécessité de la laparotomie immédiate, dans le cas de plaie par balle de revolver, quant aux plaies de la rate, elles ne sont pas fréquentes, mais elles sont intéressantes par l'hémorragie dont elles sont la source et leur coexistence habituelle avec des lésions des organes voisins.

M. Michaux rapporte, à ce propos, l'observation d'un jeune homme présentant une plaie de la paroi abdominale par balle de revolver. M. Michaux incise le trajet sur une longueur de 0,12 centimètres environ et ne peut trouver nulle part trace de pénétration dans la cavité abdominale. Il referme la paroi sans pousser plus loin ses investigations, et le malade meurt de perforation quelques jours plus tard. L'autopsie montre une perte de substance de la face antérieure de l'estomac. Il suppose qu'il y a eu traumatisme de l'estomac et chute d'une eschare secondaire. Il conclut à la laparotomie hâtive, même dans le cas de blessures par balles de très petit calibre où la perforation n'apparaît pas.

M. Hartmann confirme ces conclusions, et pour montrer la difficulté que l'on a quelquefois pour juger la pénétration, rapporte plusieurs observations où le stylet pénétrait à des grandes profondeurs, sans qu'il y ait perforation, et d'autres où, comme dans le cas de M. Michaux, la perforation existait sans qu'on puisse la trouver. Aussi, sans s'attarder à des explorations inutiles, il faut toujours faire la laparotomie immédiate. Schwartz.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE DE PARIS.

Séance du 15 février 1900.

Présentation des hémisphères cérébraux d'une femme, morte d'hémorragie cérébrale pendant une crise d'éclampsie.

M. BOISSARD. — Il s'agit d'une hémorragie méningée très abondante ayant son siège dans les circonvolutions du lobe droit. La substance grise a été refoulée profondément par un caillot qui pénètre comme un coin dans la matière cérébrale. Les noyaux cérébraux et les ventricules sont indemnes.

Hydrocéphalie prise pour une grossesse gémellaire.

M. BOISSARD. — L'accouchement n'a été possible que grâce à une ponction lombaire qui a permis l'écoulement de trois litres de liquide céphalo-rachidien. La circonférence de la tête de cet enfant atteignait, en un point, 66 centimètres.

Hématome du cordon.

M. BOISSARD présente des aquarelles ayant trait à un volumineux hématome du cordon ombilical dont la cause est inconnue. Cet hématome formait une tumeur rougeâtre du volume d'un œuf de poule près de l'ombilic de l'enfant.

Hernie étranglée au niveau de la ligne blanche, 24 heures après l'accouchement.

M. BOISSARD. — Il s'agit d'une femme qui accouchait pour la septième fois, et était atteinte de rétrécissement mitral. Le fœtus se présentait par le siège et était très mobile. Mais au début du travail, ce siège devient une épaule et on fut obligé d'exécuter une version podalique. Une hernie, qui n'était pas para-ombilicale, s'étrangla brusquement, 24 heures après l'accouchement, s'accompagnant des symptômes ordinaires en pareil cas : douleur violente, fièvre, grippe, vomissement.

Hépatite gazeuse chez une éclamptique.

MM. BAR et BELLOY. — Il s'agit d'une femme albuminurique depuis six semaines, qui a eu six accès d'éclampsie. Sur un fragment de foie recueilli 12 heures après la mort, on constata l'existence de deux grands séquestres grisâtres infarctus correspondant à un vaisseau. Le fragment qui présentait cette lésion surnageait dans l'eau. L'examen histologique montre que le tissu hépatique était formé de cellules se colorant très mal par les différents réactifs. Il existait de grandes cavités remplies de gaz sur les parois desquelles on voyait d'énormes microcoques se colorant très bien, et appartenant vraisemblablement à la classe des anaérobies. Ces lésions seraient, d'après M. Bar, d'origine toxique.

Oblitération de l'œsophage chez un nouveau-né.

M. MACÉ présente des pièces anatomiques provenant de l'autopsie d'un enfant ayant vécu quatre jours. Il s'agit d'une oblitération de l'œsophage siégeant à sa partie supérieure au niveau du premier et du deuxième anneau de la trachée; l'intestin était dilaté, rempli de gaz. Il existe un bout supérieur terminé en cul-de-sac, et un bout inférieur communiquant avec la trachée. Le diagnostic de l'imperforation avait été fait pendant la vie à cause de l'impossibilité qu'on rencontre pour pratiquer le gavage. L'enfant mourut de broncho-pneumonie due, très probablement, à la pénétration du lait dans les poumons.

M. ISCHWAHL fait remarquer que les gaz qui étaient contenus dans l'intestin étaient de l'air, venu certainement de la trachée ; car les gaz existaient déjà pendant la vie. D'ailleurs, leur constatation cadavérique, alors qu'il n'existait aucun signe de putréfaction, et leur absence d'odeur, ne permettent pas de douter de la nature de ces gaz.

Streptococcie buccale chez un nouveau-né, nécrose du bord alvéolaire du maxillaire supérieur.

MM. BRINDEAU et MACÉ rapportent l'observation d'un nouveau-né qui présenta d'abord des plaques ptérygoïdiennes. Sur les ensemencements, on constata la présence de streptocoques et de quelques staphylocoques. Du côté gauche du maxillaire, la plaque s'agrandit et devint de plus en plus profonde; puis une dent fut expulsée, c'était une petite molaire. Enfin l'enfant présenta sur la face une plaque rougeâtre érysipélateuse, et fut emporté par cette dernière complication. L'intérêt de ce fait réside surtout dans la gravité des lésions qui se sont greffées sur une lésion d'abord banale.

Monstre sirénomèle.

MM. SCHWAB, MACÉ et BOUCHACOURT présentent un *monstre sirénomèle*, accouché à la clinique Tarnier, le 7 février 1900. Ce fœtus monstrueux présente les particularités suivantes : les membres inférieurs sont représentés par un membre unique, presque médian, s'articulant en haut vers le milieu du bassin, et se terminant en bas en pointe. Le squelette de ce membre de sirène est formé, ainsi que le montre bien la radiographie, par un seul fémur et un seul tibia, ce dernier finissant en pointe. Il n'y a pas trace de pied. La peau est normale sur ce membre. Détail intéressant, la face antérieure du fémur et du tibia est devenue postérieure ; l'articulation du genou présente la flexion en avant, les condyles regardent en arrière et sur les parties latérales de ces dernières, on peut constater deux petites saillies cartilagineuses ressemblant à des rotules. Comme autres malformations on relève : une absence complète des organes génito-urinaires externes; absence de la vessie, des uretères et des bassinets. Les organes génitaux internes sont représentés par deux petits organes, dont le diagnostic macroscopique en testicule, en ovaire, est impossible. Enfin, le pharynx ne communique pas avec les fosses nasales. Ce monstre, venu par le siège, présentait des battements du cordon pendant le travail, mais il succomba au cours de ce dernier.

Deux cas d'éclampsie traités par l'accouchement rapide.

M. Louis DUBRISAY. — Il s'agit de deux cas d'éclampsie dans lesquels le médecin a cru devoir terminer rapidement l'accouchement dans l'intérêt des mères et des enfants. Dans le premier cas, la parturiente, secondipare, enceinte de 7 mois, est prise brusquement de crises d'éclampsie le 18 octobre 1899. Elle entre en travail; les membranes se rompent spontanément et l'enfant rend du méconium. On soumet la malade à l'anesthésie chloroformique. En 20 minutes, par la dilatation bi-manuelle de Bonnaire, on extrait un enfant du poids de 1.885 grammes qui, ranimé, meurt dans la journée : les suites de couches ont été parfaites pour la mère, qui n'a plus eu de crises depuis le moment où l'on est intervenu. Dans le deuxième cas, il s'agissait d'une primipare prise d'éclampsie au terme de sa grossesse : depuis le matin, la malade avait eu une série de crises sub-intercurrentes. Quand Dubrisay la vit, elle était dans le coma, mais elle eut deux crises sous ses yeux. L'enfant était vivant et bien portant. Il y avait quelques contractions utérines mais le col était encore long et simplement perméable au doigt. On soumet la malade à l'anesthésie chloroformique et en 50 minutes, par la dilatation bi-manuelle, on obtient une dilatation complète qui permet d'extraire un enfant né en état de mort apparente, mais qui fut ranimé. Suites de couches parfaites pour la mère, qui n'a plus eu de crise depuis l'intervention, et pour l'enfant qui s'élève, nourri par sa mère, dans de très bonnes conditions. A l'étranger, en particulier en Allemagne et en Italie, on est très partisan de l'accouchement rapide dans l'éclampsie ; contrairement à l'opinion généralement adoptée en France, à la suite de la discussion de 1893 à l'Académie de Médecine, et du rapport de Charpentier, en 1896, au Congrès de Genève. C'est ainsi que Duhrssen rapporte que, dans 93 0/0 des cas, il a vu les attaques cesser après l'évacuation de l'utérus; Ferri rapporte 82 cas d'éclampsie traités par l'accouchement forcé, avec 6 cas de mort. Soit 7 0/0 de mortalité. Dans ces conditions, étant donné, en outre, que nous avons, avec la dilatation bi-manuelle, un procédé opératoire qui fait courir aux femmes moins de risques que les procédés employés à l'étranger, on peut se demander si, dans certaines circonstances, lorsque l'enfant est viable, on ne devra pas recourir à l'accouchement rapide dans l'éclampsie, et cela dans l'intérêt des mères et des enfants. H. C.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 28 février 1900. — PRÉSIDENCE DE M. LE Dr LAVERAN

M. NETTER présente à la Société un volume sur *la peste et la vaccination antipesteuse*. L'auteur insiste sur l'action du vaccin de Hafting qui est immunisant et en même temps qui a, comme le vaccin de Jenner, une action très grande sur la marche de la peste chez les individus vaccinés.

A propos de l'*aniodol*, M. PINARD prend la parole. M. Pinard s'est servi de la solution d'aniodol au centième, et pour lui cette solution donne, comme désinfectant, le meilleur résultat de tous les antiseptiques. Jamais il n'a vu le moindre accident sur les malades. Quant à l'usage du savon à l'aniodol les résultats ont été aussi excellents.

M. VINCEY. — *Les modes de destruction des ordures ménagères au point de vue de la salubrité.*

M. DELAGE. — *La rougeole à la crèche.* MARTHA.

CORRESPONDANCE

A propos des vénériennes au Bon Pasteur.

Paris le 7 mars 1900.

Monsieur et très honoré collègue,

Permettez-moi deux mots seulement pour vous remercier d'abord de l'insertion de ma réponse relative, à l'œuvre du Bon-Pasteur, et de vous prier ensuite de rectifier deux ou trois fautes d'impression qui se sont glissées dans le texte.

1° J'ai l'honneur et non le bonheur de traiter les vénériennes que l'on me confie.

2° Aucune d'elles n'a dix ans, la limite d'âge étant quinze ans. C'est donc seulement au-dessus de dix-huit ans, qu'on les occupe au travail des ateliers.

3° Les malades renvoyées sont adressées à des œuvres similaires ou rendues à leurs parents. Elles sont toujours libres d'entrer et de sortir du refuge.

Veuillez agréer Monsieur et très honoré confrère avec mes remerciements, tous mes regrets pour cette petite rectification.

Dr H. DAUCHEZ,
ancien interne des hôpitaux de Paris.

D'après les renseignements qui nous sont fournis, « La maison dont il s'agit, étant un établissement privé, ne peut être soumise, en l'état actuel de la législation, à des visites de l'inspection générale du Ministère de l'Intérieur. Mais, en raison des ateliers qui y existent, elle tombe sous l'application des dispositions de la loi sur le travail des femmes et filles mineures, et se trouve assujettie au contrôle de l'inspection du travail, laquelle relève du Ministère du Commerce. »

ASSISTANCE PUBLIQUE

Convalescents atteints de tuberculose.

M. le Dr Napias, directeur de l'administration de l'Assistance publique de Paris, a adressé à tous les directeurs des hôpitaux, la circulaire suivante :

Paris le 7 février 1900,

Monsieur le Directeur,

M. le Président du Conseil des Ministres de l'Intérieur et des Cultes, vient de me faire savoir qu'il a donné des ordres formels à MM. les directeurs des Asiles nationaux de Vincennes et du Vésinet pour qu'à partir du 1er janvier 1900 aucun tuberculeux ne soit plus admis dans ces Etablissements, et qu'en vue d'assurer l'exécution de ses instructions à ce sujet, il a prié ces directeurs d'exiger que toutes les fiches ou certificats d'entrée portent la mention signée du chef de service : Ne présente pas de signes d'affections tuberculeuses des voies respiratoires.

J'ai tout lieu d'espérer que cette exclusion ne s'applique pas aux personnes atteintes de tuberculose fermée, c'est-à-dire naissante, ne présentant aucun danger de contagion, et je m'efforcerai d'obtenir de M. le Président du Conseil que les Asiles nationaux continuent à recevoir cette catégorie si intéressante de malades, qui sont précisément ceux qui auraient le plus à gagner au séjour dans une maison de convalescence.

En ce qui concerne les malades atteints de tuberculose ouverte, je vous prie de faire connaître à MM. les médecins chefs de service de votre établissement, que conformément à la décision de M. le Président du Conseil, ils ne doivent, en aucun cas, être envoyés dans les Asiles nationaux de convalescence, et qu'un certificat devra être remis à tous les autres malades constatant qu'ils ne sont point atteints de tuberculose pulmonaire à l'état dangereux.

J'ai d'ailleurs, en présence des difficultés de diverses natures que soulève la question, saisi le Conseil de surveillance de l'Administration.

Une commission spéciale de ce Conseil a déjà commencé l'examen de ces difficultés, et sur la proposition de M. le Pr Potain, elle a été d'avis que le seul moyen de garantir de la contagion les malades non atteints de tuberculose, en établissant cette distinction dont j'ai parlé plus haut entre les tuberculoses dangereuses et les tuberculoses non dangereuses, sous le rapport de la contagion, consistait à procéder à l'analyse bactériologique des crachats de tous les sujets susceptibles d'être proposés pour l'envoi dans les asiles de convalescence.

La constatation, sur le certificat délivré par le chef de service, de l'absence, dans les crachats d'un malade, de bacilles de la tuberculose, serait une garantie certaine que ce malade ne porte pas en lui le germe de la contagion et semblerait ainsi donner entière satisfaction aux desiderata de M. le Président du Conseil.

Le Conseil de surveillance examinera du reste incessamment, cette proposition de sa commission ; il émettra, d'autre part, un avis sur les mesures qu'il conviendrait de prendre à l'égard des tuberculeux trop gravement atteints pour pouvoir être envoyés dans les asiles de convalescence.

Dès qu'une solution définitive de ses différentes questions sera intervenue, je vous ferai connaître mes nouvelles intructions. Vous voudrez bien, en attendant, m'accuser réception de la présente circulaire.

Le directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique : NAPIAS.

Nous ne saurions trop approuver la restriction que M. Napias désire voir introduire dans la décision du Ministre, qui ferme la porte des asiles de convalescence aux tuberculeux.

Il est certain qu'il serait inhumain de refuser un séjour à Vincennes ou au Vésinet, à des tuberculeux à la première période dont le voisinage n'offre aucun danger et qui sont, incontestablement, les malades qui bénéficieront le plus d'une convalescence dans un asile bien aéré. Malgré la rigueur de la mesure qui exclut les autres tuberculeux, nous devons l'approuver ; la promiscuité de phtisiques est des plus dangereuses pour des convalescents en état favorable de réceptivité de tous les germes morbides. Nous ferons toutefois remarquer que cette promiscuité existe dans les salles de tous nos hôptiaux, qu'il ne serait pas difficile d'en constater la nocivité, et qu'on n'a guère songé à y remédier.

Nous regrettons que l'on ait pas encore, aux environs de Paris, un asile de convalescence et de repos pour les tuberculeux chroniques, sortant améliorés de l'hôpital. On fait beaucoup de bruit autour des tuberculeux; depuis quelques années, les Comissions et les Comités officiels et privés se succèdent, les sociétés, les ligues se forment, les rapports et les discours abondent, et de tout cela, qu'est-il sorti ? Rien ou sinon peu de chose.

Le vote d'un crédit au Conseil municipal de Paris vaudrait plus que toutes ces études sur des projets bien connus, et depuis longtemps réalisés dans la plupart des pays civilisés. Paris, jusqu'alors, n'a pourtant pas brigué la réputation d'être à l'arrière-garde du Progrès. J. N.

VARIA

Les Congrés.

Congrès internationale d'électrologie et de radiologie médicales.

A la demande de la Société française d'électrothérapie et de radiologie, le Congrès international d'électrologie et de radiologie médicales dont elle a pris l'initiative est rattaché aux Congrès internationaux de 1900. Un comité composé de MM. Weiss, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, président ; Apostoli et Oudin, vice-présidents ; Doumer, professeur à la Faculté de Lille, secrétaire général ; Moutier, secrétaire ; Boisseau du Rocher, trésorier ; et de MM. Bergonié, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux ; Bouchacourt, Branly, professeur à l'Institut catholique de Paris ; Broca, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris ; Larat, Radiguet, Villemin, chirurgien des hôpitaux ; a été chargé d'en assurer l'organisation. Ce Congrès se tiendra à Paris, du 27 juillet au 1er août 1900. On est prié pour plus amples renseignements, de s'adresser, à M. le professeur E. Doumer, 57, rue Nicolas-Leblanc, Lille, secrétaire général, auquel doit-être adressé toute le correspondance relative à ce Congrès. Les adhésions doivent être envoyées à M. le Dr Moutier, 11, rue de Miromesnil, Paris.

Congrés international de la Presse médicale en 1900.

Le bureau de la Commission d'organisation du Congrès international de la presse médicale de 1900 nous communique la note suivante.

Ont été désignés comme délégués au Congrès par les diverses Associations de presse médicale des Etats-Unis d'Amérique :

Pour l'*Association of American medical Editors* : Dr J.-M. Mathews, Dr Horace Grant, Louisville, Ky.; Dr George F. Butler, Dr George H. Simmons, Chicago; Dr C.-F. Taylor, Dr H.-A. Hare, Philadelphia; Dr Dillon Brown, Dr Daniel Lewis, New-York ; Dr Thos. H. Hawkins, Denver, Colo.; Dr Henry W. Coe, Portland (d'Orégon).

Pour l'*American Medical Publishers' Association* : Dr J.-C. Culbertson, Cincinnati, Ohio; M. J. Mac Donald, New-York City ; Dr Ferdinannd King, New-York City; M. Charles Wood Fassett, Saint-Joseph, Mo.; Dr Landon B. Edwards, Richmond, Va.

Pour le *Medical Press Club of the Mississippi Valley* : Dr I.-N. Love, Saint-Louis, Mo.; Dr Franck P. Norbury, Jacksonville, Ill. ; Dr Alexander J. Stone, Saint-Paul, Minn. ; Dr John Punton, Kansas City, Mo; Dr Marc Ray Hughes, Saint Louis, Mo.

Sur les deux questions principales inscrites à l'ordre du jour du Congrès : *Organisation d'une Association internationale de la Presse médicale* et *Protection de la propriété littéraire des articles médicaux*, deux rapports seront fournis par M. Charles Wood Fassett, Saint-Joseph Mo., secrétaire de l'*American Medical Publishers' Association*, directeur de l'*American Medical Journalist*, pour la première, et par le Dr I.-N. Love, Saint-Louis, président de l'*American Medical Editors Association* pour la seconde.

Comités d'organisation (Constitués par les Associations étrangères de Presse médicale) : *Allemagne* : Pr Virchow, président d'honneur, Pr Posner, délégué. Pr Pr Eulenburg (de Berlin). Pr Eiwald (de Berlin). Dr Schwalbe (de Berlin). Dr H. Lohlstein (de Berlin). Dr Spatz (de Munich). Dr Adler (de Vienne). Dr Bum (de Vienne). Dr Alexandre Fraenkel (de Vienne). Dr Herrnheiser (de Prague).

Italie : Pr Baccelli, président d'honneur. Pr L.-M. Bossi (de Gênes), président. Pr P. Castellino (de Naples). Dr C. Vincenti (de Milan). Dr Rossi Doria (de Rome). Dr Micheli (de Rome). Dr C. Cucca (de Naples). Dr J. Abba (de Turin). Dr G. Gelli (de Florence), Dr L. Terronini (de Palerme), Pr Spinelli (de Naples). Pr L. Lucatello (de Padoue).

Espagne : Dr Valledor, président. Drs Serret, Ulecia, Calatraveno ; membres. Dr Larra, secrétaire.

Congrès contre tuberculose.

Promu par le comité napolitain de la Ligue contre la tuberculose, ce Congrès, dont la reine d'Italie a daigné accepter le haut patronage, et qui sera présidé par le ministre Baccelli, aura lieu à Naples, du 25 au 28 avril 1900. Un comité exécutif, dont le président est le sénateur Pr H. de Renzi et le secrétaire le Pr A. Rubino, pourvoit à l'organisation du Congrès. Les travaux, destinés à continuer l'œuvre humanitaire du Congrès de Berlin de 1899, seront divisés dans les sections suivantes : 1° *Etiologie et Prophylaxie*; 2° *Pathologie et Clinique*; 3° *Thérapeutique*; 4° *Sanatoria*. Chacune de ces sections a un comité d'organisation spécial. De nombreuses et importantes communications sont déjà annoncées, entre autres celles des Prs Senator et Ewald (de Berlin), Sticker (de Giessen), Kallivokas et Sacorraphos (d'Athènes), de Giovanni (de Padoue), Maraglian (de Gênes), Fedel (de Pise), Massalongo (de Vérone), etc.

Les médecins, les naturalistes, les ingénieurs sanitaires, les philanthropes et ceux qui cultivent les sciences sociales peuvent prendre part au Congrès. La cotisation est fixée pour tous indistinctement à 20 lires. Elle donne droit au billet d'inscription et au distinctif qui seront deux œuvres artistiques, aux réductions habituelles sur les tarifs des chemins de fer et des bateaux à vapeur italiens, au volume des Actes du Congrès et à toutes les autres publications d'occasion, à l'entrée gratuite aux Musées, à Pompéi, Herculanum, etc. Les dames des membres du Congrès peuvent aussi prendre part au Congrès, en payant la même taxe de 20 lires.

Il y aura, à l'occasion du Congrès, de nombreuses fêtes : Réception donnée par la munipalité de la ville, soirée de gala au tréâtre San Carlo, excursion et dîner à Pompéi, excursion à Sorrente et à Capri avec réfection à bord, excursion à Palerme et visite au sanatorium « Igea » de M. le Comm. Florio, etc., etc. Le programme exact de ces fêtes sera communiqué aux membres du Congrès aussitôt qu'elles auront été définitivement fixées.

Les adhésions et cotisations sont reçues au bureau du secrétaire du comité exécutif dans la première clinique médicale de l'Université de Naples. (*Ospetale Clinico.*)

Conseil de l'Université de Paris.

Le Conseil de l'Université de Paris s'est réuni, le lundi matin, 5 mars, sous la présidence de M. Gréard.

Il a pris connaissance de la correspondance et, en particulier, du compte rendu commémoratif du cinquantenaire de l'Ecole d'Athènes. Voici les nouvelles nominations qu'il a enregistrées : MM. Gautier, professeur de toxicologie de l'Ecole supérieure de Pharmacie; Lafaye, adjoint de langue et de littérature latines à la Faculté des Lettres ; Hang, adjoint de géologie à la Faculté des Sciences; Matruchet, adjoint de botanique; Leduc, adjoint de physique; Hadamard, adjoint de mathématiques. Le Conseil s'est occupé des mesures à prendre en vue de la participitation de l'Université de Paris à l'Exposition universelle de 1900. M. le recteur a rendu compte du succès des conférences organisées à la Sorbonne par la Société des Amis de l'Université de Paris en faveur de ses membres, et par l'Université, en faveur des étudiants.

Le Conseil a autorisé l'ouverture des cours libres ci-après :

Faculté de Médecine. — M. Bérillon : Psychologie physiologique et pathologique. Applications chimiques et thérapeutiques de l'hypnotisme. — M. Bonnet : Les découvertes modernes et leurs applications aux sciences médicales, « électricité médicale, rayons X de Rœntgen, chromophotographie, air liquide. » — M. Dunogier : Pathologie et chirurgie dentaires. — M. Gaube : Cours de minéralogie biologique. Déminéralisation et reminéralisation humaines. Traitement des maladies bactériennes de l'homme par un spécifique minéral.

Faculté des Sciences. — M. Michel : Morphologie générale et expérimentale. — M. Labbé : Cystologie.

Il a accordé des prêts d'obligeance à trois étudiants sur les fonds mis à sa disposition pour cet objet par un donateur anonyme. Il a désigné M. Bonet-Maury pour préparer le rapport sur les travaux et la situation des Facultés en 1899-1900. Il a décidé que les cours et exercices seront suspendus à l'Université le jeudi de la mi-carême, 22 mars; puis il a renvoyé à

l'étude de la commission des finances et d'une commission spéciale diverses questions concernant les dispenses de droits d'inscription, d'immatriculation et de bibliothèque à accorder à certaines catégories de travailleurs et d'étudiants.

Les épidémies.

Au Conseil d'hygiène de la Seine, à la suite de la séance du Conseil, M. le Dr Léon Colin, président du comité permanent contre les épidémies, fait remarquer au nom de ce comité, que, en raison des cas d'affections intestinales qui, depuis longtemps, sont constatées à Paris, il serait prudent, pour la population parisienne, de ne boire que de l'eau préalablement bouillie. Il a ajouté que cette eau peut être considérée comme donnant une sécurité absolue, ainsi que cela a été récemment démontré une fois de plus : dans une agglomération où s'étaient produits des cas d'affections gastro-intestinales, la maladie a pour ainsi dire disparu du jour où l'on n'a plus fait usage que d'eau bouillie.

D'autre part, on assure que M. le Dr Dubois, député de la Seine, va demander la création d'un médecin-inspecteur sanitaire des lycées de Paris, qui sera chargé de veiller aux élèves de ces lycées, tant externes qu'internes, au point de vue des maladies épidémiques et qui fera prendre les mesures nécessaires d'hygiène et de prophylaxie.

La déclaration des maladies.

L'Académie de Médecine a demandé d'ajouter la rougeole à la liste des maladies transmissibles qui doivent être déclarées. Nous nous étonnons que la même déclaration ne soit pas obligatoire pour la coqueluche et la tuberculose, qui font autrement de ravages que la rougeole, et dont la transmission est tout aussi fréquente.

La lutte contre l'alcoolisme.

Une conférence anti-alcoolique a été donnée, avant-hier, devant les agents de la Compagnie des chemins de fer de l'Est et leurs familles, par notre distingué confrère le Dr Laborde, de l'Académie de Médecine.

Le *Temps* du 28 février, nous donne les renseignements suivants sur cette conférence :

M. Barabant, directeur de la Compagnie, a annoncé le but poursuivi par M. Laborde, qui a exposé pourquoi l'alcool, loin d'être un fortifiant, est un débilitant qui entrave la digestion, attaque et détruit peu à peu tous les organes : estomac, foie, poumons, cerveau. Il a montré comment un grand nombre de travailleurs s'alcoolisent peu à peu en contractant la mauvaise habitude de boire à jeun le vin blanc ou la goutte, ou tout simplement même en prenant à leurs repas une trop grande quantité de vin. Enfin, il a donné les détails les plus curieux et les plus tristes sur la composition et les dangers terribles de toutes les liqueurs, en général ; des prétendus appéritifs fabriqués par la chimie moderne et dont quelques-uns sont des poisons violents, qui, tôt ou tard, produisent l'épilepsie et la folie.

Le Dr Laborde a illustré sa conférence par des expériences saisissantes sur des animaux. Il a complété sa démonstration par des projections montrant les effets de l'alcool sur l'organisme humain ; le développement terrifiant de l'alcoolisme en France et, par suite, l'augmentation incessante du nombre des tuberculeux, des épileptiques, des criminels impulsifs, des fous, des enfants idiots ou difformes. Pour conclure, l'éminent conférencier a fait appel au patriotisme des agents de notre réseau-frontière, en leur signalant que l'alcoolisme conduit très rapidement à la dépopulation du pays et à l'affaiblissement de l'armée.

Enseignement médical libre.

Maladies des yeux. — La clinique du Dr Kœnig est transférée à partir du 26 février, **5, rue du Cherche-Midi** Consultations gratuites tous les jours de 1 à 3 heures. Examen des malades à l'ophtalmoscope. La clinique est ouverte à tous les docteurs et étudiants en médecine.

Cours de technique microscopique. — Le Dr Latteux, chef de laboratoire de l'hôpital Broca, a recommencé les cours suivants, le 26 février, dans son laboratoire, 5, rue du Pont-de-Lodi, à 2 heures. Bactériologie pratique et étude des principaux microbes. Méthodes techniques, à 4 heures. — Technique microscopique et étude des principeux tissus normaux et pathologique. Ces cours essentiellement pratiques sont destinés à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses exigées journellement par la profession médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition. On s'inscrit d'avance, 5, rue du Pont-de-Lodi, de 4 à 5 heures, excepté le samedi.

Maladies des oreilles, du nez, de la gorge et du larynx. — La clinique du Dr C. Miot est transférée, rue Dauphine, 16. Consultations gratuites le mardi de midi à 2 heures; particulières, le lundi soir de 9 h. à 10 h., le jeudi, de midi à 2 heures.

Electricité médicale. — Le Dr L.-R. Regnier, chef du laboratoire d'électrothérapie de la Charité : conférences théoriques et cliniques hebdomadaires le dimanche à 10 h. 1/2, au laboratoire.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.
(Voir page VI des annonces.)

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.
(Voir page VII des annonces.)

FORMULES

XIV. — Contre l'alopécie.

Frictions une ou deux fois par jour avec des tampons de coton hydrophile imprégné de :

Teinture de quinquina.	64	grammes.
— de cantharide.	4	—
— de noix vomique. . . .	1	—
Essence de Wintergreen	1	—
Eau de Cologne.	}	
Baume de Fueraventi. . . .	} ãã 60	—
Huile de coco.	}	

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 25 fév. au samedi 3 mars 1900, les naissances ont été au nombre de 1216 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 436, illégitimes, 176. Total, 612. — *Sexe féminin* : légitimes, 444, illégitimes, 160. Total, 604.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1896 : 2 511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 25 fév. au samedi 3 mars 1900, les décès ont été au nombre de 1259, savoir : 633 hommes et 626 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fiévre typhoïde : M. 13, F. 12. T. 25. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole: M. 8, F. 13, T. 21. — Scarlatine : M. 2, F. 4, T. 6. — Coqueluche : M. 3, F. 2, T. 5. — Diphtérie. Croup : M. 3, F. 6, T. 9. — Grippe : M. 31, F. 41, T. 71. — Phtisie pulmonaire : M. 128, F. 102, T. 230. — Méningite tuberculeuse : M. 12, F. 8, T. 20. — Autres tuberculoses : M. 13, F. 11, T. 24. — Tumeurs cancéreuses : M. 18, F. 22, T. 40. — Tumeurs autres : M. 0, F. 2, T. 2. — Méningite simple : M. 13, F. 9, T. 22. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 20, F. 24, T. 44. — Paralysie, M. 8. F. 12, T. 20. — Ramollissement cérébral : M. 7, F. 2, T. 9. — Maladies organiques du cœur : M. 17, F. 36, T. 53. — Bronchite aiguë : M. 14, F. 9, T. 23. — Bronchite chronique : M. 20, F. 15, T. 35. — Broncho-pneumonie : M. 37, F. 42, T. 79. — Pneumonie : M. 44, F. 47, T. 91. — Autres affections de l'appareil respiratoire: M. 40, F. 42, T. 82. — Gastro-entérite, biberon : M. 17, F. 12, T. 29. — Gastro-entérite, sein : M. 1, F. 3, T. 4. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 3, F. 1, T. 4. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2, F. 4, T. 6. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 4, T. 4. — Debilité congénitale : M. 19, F. 11, T. 30. — Sénilité : M. 21, F. 34, T. 55. — Suicides : M. 8, F. 6, T. 14. — Autres morts violentes : M. 8, F. 5, T. 13. — Autres causes de mort: M. 86, F. 82, T. 168. — Causes restées inconnues : M. 17, F. 3, T. 20.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 69, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 19, illégitimes, 14. Total : 33. — *Sexe féminin* : légitimes, 22, illégitimes, 14. Total : 36.

Concours de l'Internat de l'hôpital de M. de Rothschild a Berck-sur-Mer et de la Polyclinique H. de Rothschild a Paris. — Un concours pour la nomination de trois internes titulaires en médecine et en chirurgie et de deux internes provisoires aux places devenant vacantes : 1° à l'hopital N. de Rothschild, à Berck-sur-Mer, un interne titulaire ; 2° à la polyclinique H. de Rothschild, à Paris, deux internes titulaires et deux provisoires, aura lieu à Paris, le 1er mai 1900, à la polyclinique

H. de Rothschild, 82, rue Picpus. Pourront prendre part au concours tous les étudiants en médecine ayant au moins douze inscriptions.

Épreuves du concours. — 1° Une épreuve écrite sur l'anatomie descriptive, la physiologie et la pathologie, pour laquelle il sera accordé 2 heures (30 points); 2° deux épreuves orales de 5 minutes chacunes, après 5 minutes de réflexion, une d'anatomie, l'autre de petite chirurgie ou de pathologie infantile (30 points). La première épreuve aura lieu le 3 avril 1900 à 10 heures du matin. Le jury sera composé de cinq membres : deux médecins, deux chirurgiens et un accoucheur des hôpitaux de Paris.

Conditions matérielles. — Les internes titulaires sont nommés pour deux ans. Les internes provisoires sont nommés pour un an. L'interne titulaire de Berck pourra permuter au bout de la première année avec un des internes titulaires de Paris. Les internes titulaires de Paris sont logés et chauffés, ils reçoivent 1.200 francs de fixe la première année et 1.300 francs la deuxième année, plus une indemnité de nourriture de 110 francs par mois. L'interne de Berck est logé et nourri, il reçoit 1.200 francs, la première année et 1.300 la deuxième année, plus 300 d'indemnité de déplacement par an. Les internes provisoires reçoivent 600 francs par an, plus 2 francs par jour de remplacement. Le registre d'inscription est ouvert dès à présent à la polyclinique H. de Rothschild, 82, rue de Picpus. Les candidats pourront se faire inscrire par lettre en accompagnant leur demande des pièces suivantes : 1° Acte de naissance : 2° certificat de la Faculté de Médecine ; 3° certificat de stage dans les hôpitaux de Paris ou de province ; 4° titres scientifiques.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Exercices pratiques de médecine opératoire* : 1° à l'École pratique, sous la direction de M. le professeur BERGER, et de M. HARTMANN, agrégé, sous-directeur des Travaux de médecine opératoire ; 2° à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, rue du Fer-à-Moulin, n° 17, sous la direction de M. QUÉNU, agrégé, directeur des travaux scientifiques dudit amphithéâtre. — Les exercices pratiques de médecine opératoire commenceront : 1° à l'École pratique de la Faculté, le lundi 19 mars 1900 ; 2° à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, le lundi 19 mars 1900 . Ils auront lieu tous les jours à 1 heure. Ces exercices sont obligatoires : 1° pour les élèves docteurs de 3e année (nouveau régime) en vue de la 12e inscription ; 2° pour les élèves docteurs (ancien régime) et les élèves officiers de santé de 4e année, en vue de la 16e inscription. Les étudiants pourvus de 16 inscriptions, les élèves en cours irrégulier d'études pourvus de 14 inscriptions au moins, s'ils appartiennent à l'ancien régime, et de 10 inscriptions au moins, s'ils appartiennent au nouveau régime, les docteurs français et étrangers peuvent être autorisés à y prendre part.

Conditions d'admission : Les élèves docteurs de 3e année (nouveau régime) et de 4e année (ancien régime) sont inscrits sur la présentation de la quittance à souche constatant le paiement des droits afférents à l'inscription de janvier 1900 (10e : nouveau régime et 14e : ancien régime), et de la carte d'immatriculation ; 2° les élèves officiers de santé de 4e année sont inscrits dans les mêmes conditions (14e inscription) ; 3° les élèves pourvus de 16 inscriptions, les élèves en cours irrégulier d'études pourvus de 14 inscriptions au moins, s'ils appartiennent à l'ancien régime, et de 10 inscriptions au moins, s'ils appartiennent au nouveau régime, les docteurs français et étrangers devront obtenir préalablement l'autérisation du doyen. A cet effet, ils déposeront leur demande au secrétariat de la Faculté, où il leur sera donné connaissance des conditions spéciales qu'ils auront à remplir ; 4° les élèves obligés dévront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 2), de midi à 3 heures, du 15 février au 10 mars inclus. Après cette dernière date, nul ne pourra être admis. Des lettres de convocation seront adressées au domicile des étudiants ; 5° les docteurs et les élèves non obligés devront se faire inscrire dans les mêmes conditions, dès qu'ils auront reçu l'autorisation nécessaire.

Clinique des maladies des enfants. — M. le Pr GRANCHER commencera le cours de clinique des maladies infantiles le mercredi 14 mars 1900, à 4 heures de l'après-midi (hôpital des Enfants-Malades), et le continuera les samedis et mercredis suivants, à la même heure. Les cours complémentaires continueront comme pour le semestre d'hiver.

Cours de pathologie et thérapeutique générales. — M. le Pr BOUCHARD commencera le cours de pathologie et thérapeutique générales le samedi 10 mars 1900, à 5 heures de l'après-midi (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure. — *Sujet du cours* : Les nouvelles méthodes d'exploration.

TRAVAUX PRATIQUES. — Les travaux pratiques, obligatoires pour les étudiants en médecine, pendant le semestre d'été, sont : *Doctorat* : Nouveau régime : 1re année, histologie, physiologie ; 2e année, physique biologique, histologie, physiologie ; 3e année, chimie pathologique, médecine opératoire. — Ancien régime : 2e année, histologie, physiologie ; 3e année, physiologie ; 4e année, médecine opératoire. — *Officiat* : 2e année, physiologie ; 3e année, physiologie ; 4e année, médecine opératoire. — Ces travaux auront lieu, à partir du 15 mars 1900, aux jours et heures ci-après indiqués, à l'École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine. — 1° *Physique biologique* : sous la direction de M. WEISS, agrégé, chef des travaux, lundi, mercredi et vendredi, de 1 heure à 3 heures. — 2° *Histologie* : sous la direction de M. RETTERER, agrégé, chef des travaux, lundi et mercredi, de 9 heures à 11 heures du matin, pour les élèves de première année ; jeudi et samedi, de 1 heure à 3 heures, pour les élèves de deuxième année. — 3e *Physiologie* (démonstrations pratiques) : sous la direction de M. LABORDE, membre de l'Académie de Médecine, chef des travaux : mardi, jeudi et samedi, de 9 heures à 10 heures et de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2 du matin, pour les élèves de première année. Lundi et vendredi, de 3 heures à 4 heures, pour les élèves de deuxième année. (Salle de démonstrations de physiologie, à l'École pratique). — 5° *Chimie pathologique* : sous la direction de M. HANRIOT, agrégé, chef des travaux. Mardi, jeudi et samedi, de 1 heure à 3 heures, à l'École pratique. — 5° *Médecine opératoire* (voir l'affiche spéciale). — MM. les étudiants seront convoqués par lettre individuelle, d'après l'ordre de la prise de l'inscription de janvier 1900 (2e et 6e : nouveau régime ; 6e et 10e : ancien régime). Il leur est recommandé : 1° de prendre régulièrement l'inscription d'avril, s'ils veulent être maintenus sur la liste d'appel ; 2° de faire connaître leur changement d'adresse, s'il y a lieu.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — *Cours de botanique*, (classifications et familles naturelles). — M. Edouard BUREAU, professeur, commencera ce cours le mercredi 14 mars 1900, à une heure dans l'amphithéâtre de la galerie de géologie. Il traitera, comme les années précédentes, des plantes fossiles et des plantes vivantes, dans deux séries de leçons qui seront le complément l'une de l'autre. — *Première partie. Plantes fossiles.* Le professeur continuera à traiter de la succession des flores dans le temps et des caractères fournis par le règne végétal pour la distinction des époques géologiques. Ces leçons auront lieu tous les mercredis, à une heure, dans l'amphithéâtre de la galerie de géologie. — *Deuxième partie. Plantes vivantes.* Les leçons porteront sur les familles de plantes dicotylédones gamopétales. Elles commenceront le vendredi 4 mai, à une heure, et se continueront les vendredis et lundis suivants. Elles auront lieu dans la salle de cours, rue de Buffon, n° 63. Des herborisations seront annoncées par des affiches particulières.

MÉDECINS-ADJOINTS DE LA PRÉFECTURE DE LA SEINE. — Les Drs Manheimer, Lyon, Cange, d'Aurelle de Paladines, Edouard Martin et de la Nièce sont nommés médecins-adjoints de la préfecture de la Seine.

NECROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Pr Lorenzo BRUNO (de Turin), sénateur, membre et doyen de l'Académie royale de Médecine de Turin.

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h. 1/2. Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée) ; présentation de cas cliniques, etc. — *Service de* M. le Dr P. MARIE. Le service de l'infirmerie de Bicêtre comprend un grand nombre de malades atteints d'affections chroniques et particulièrement d'affections du système nerveux. Ce service est ouvert aux étudiants et le samedi a lieu, à 9 h. 1/2, une visite générale au cours de laquelle le Dr Pierre Marie présente les malades les plus intéressants.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

XXIXe ANNEE. 3e SÉRIE. T. XI. N° 11. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 17 MARS 1900.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

Statistique des opérations pratiquées à l'Hôpital Bichat (*Service des consultations spéciales*) pendant l'année 1899.

Par **Félix TERRIER**,
Chirurgien de l'Hôpital Bichat, Professeur de Médecine opératoire à la Faculté de Paris.

2e SÉRIE : X : 1899.

A. CONSULTATIONS.

1° *Consultation chirurgicale externe.* — Cette consultation a été faite cette année par mon collègue des hôpitaux et ancien interne, M. le Dr Guillemain ; nous n'avons donc aucun renseignement à fournir à son égard.

2° La *consultation de gynécologie*, confiée à mon ancienne élève Mlle le Dr Desmollières, sous la direction de mon ancien interne le Dr Reymond, a eu lieu tous les lundis et vendredis. On y a soigné 751 malades nouvelles.

I. — *Maladies des organes génitaux.*

Bartholinites aiguës	13
— chroniques	2
Herpès vulvaire	12
Végétations ano-vulvaires	2
Epithelioma vulvaire	1
Chancre induré de la vulve	1
Chancre mou de la vulve	1
Syphilis secondaire ano-vulvaire	11
Déchirures du périnée	6
Hématome vulvaire	1
Vaginisme	1
Vulvo-vaginites blennorrhagiques	40
Fistule recto-vaginale	1
Cystocèles et prolapsus utérins	17
Uréthrocèles	3
Rectocèles	4
Métrites catarrhales	70
Métrites avec ulcérations du col	19
Métrites hémorragiques	43
Chancre induré du col utérin	1
Atrésies du col de l'utérus	5
Rétrodéviations utérines	18
A reporter	302
Report	302
Antédéviations utérines	19
Latéro-déviations utérines	2
Fibromes utérins	28
Métrorrhagies abondantes (fibromes)	6
Epithéliomas utérins	20
Polypes utérins	3
Dysménorrhées	12
Grossesses	76
Grossesses extra utérines	10
Avortements compliqués d'infections	9
Rétentions placentaires	6
Kystes de l'ovaire	2
Salpingo-ovarites	127
Total	622

II. — *Maladies des voies urinaires.*

Polypes de l'urètre	7
Traumatisme de l'urètre	1
Urétrites blennorrhagiques	13
Incontinence d'urine	2
Rétention d'urine	1
Tumeurs de la vessie	1
Reins mobiles douloureux	18
Total	43

III. — *Divers.*

Lithiase biliaire	2
Tumeur de la rate	1
Lumbago	4
Goitre	1
Adénite suppurée	1
Eventrations	9
Traumatisme abdominal	1
Péritonites tuberculeuses	4
Néoplasmes du pylore	4
Sténoses non cancereuse du pylore	2
Néoplasme du cæcum	1
Néoplasme du colon descendant	1
Entérite muco-membraneuse	1
Troubles dyspeptiques et dilatations d'estomac	10
Appendicites	3
Fissures anales	2
Hémorroïdes	4
Polype rectal	1
Fistule pyo-stercorale	1
Rectite	1
Hernies crurales	3
Hernies inguinales	4
Hernies ombilicales	4
Obstruction intestinale	1
Total	66

IV. — *Interventions.*

Ablations de polypes de l'urètre	6
Incision d'adénite suppurée	1
Incisions de Bartholinites suppurées	5
Ablations de glandes de Bartholin chroniquement enflammées et fistuleuses	2

6 malades présentant des accidents aigus d'urétrite blennorrhagique et de cystite du col ont été traitées avec succès par de grands lavages urétraux et intra-vésicaux d'une solution de *permanganate de potasse.*

Les cas de vulvo-vaginite blennorrhagique les plus aigus ont été, eux aussi, traités par les lavages de permanganate faits à la consultation.

37 malades, présentant de la métrite et une ulcération du col ont été traitées d'une façon continue par les pansements glycérinés et les attouchements de teinture d'iode jusqu'à guérison apparente et cicatrisation complète de l'ulcération ; mais plusieurs d'entre elles sont revenues avec une récidive.

23 malades présentant de la métrite hémorragique et choisies parmi celles dont les métrorrhagies étaient des plus accentuées ont été traitées par des *instillations intra-utérines de chlorure de zinc.* Ce traitement dont les résultats seront ultérieurement publiés en détails, est parfois un peu douloureux mais n'a jamais nécessité l'hospitalisation d'aucune malade. D'une façon générale il a donné des résultats discutables au point de vue de la métrite elle-même, mais très heureux en ce qui touche les hémorragies, qui ont été calmées et arrêtées.

3° La *consultation externe d'électrothérapie* faite sous la direction de mon ancien élève le Dr Mally, a eu lieu deux fois par semaine.

Le nombre des malades, qui ont jusqu'ici fréquenté cette consultation, s'élève à 2.986. Le registre d'observation pour cette année comporte l'entrée de 124 nouveaux maladades, dont la répartition est la suivante :

Fibromes utérins	4
Paralysies par compression	13
Sections nerveuses	5
Paralysies réflexes	21
Myosites (suite de phlegmon)	2
Névralgies	4
Tic douloureux	1
Raideurs articulaires	6
Lumbago	7
Scoliose	2
Paralysie faciale	5
Chorée	2
Maladie de Basedow	3
Crampes fonctionnnelles	6
Pied bot (paralysie infantile)	2
Pied plat valgus	3
Métatarsalgie	3
Saturnisme	11
Tabes	3
Hémiplégie	6
Hystérie	4
Sciatiques	5
Total	124

Le *service de radiographie* a fourni de nombreux examens. Les clichés ont été dispersés faute de personnel pour tirer les épreuves nécessaires à la constitution d'une collection.

Nous avons signalé déjà l'insuffisance de cette installation, sans obtenir le moindre résultat.

4° *Consultation pour les maladies des yeux.* — Le service de la consultation des yeux a été fait comme les années précédents par mon ancien interne, le Dr Morax. Les consultations ont eu lieu une fois par semaine. Il a été donné 1.256 consultations et il s'est présenté, au cours de cette année, 264 nouveaux malades.

Un certain nombre d'opérations ont été faites dans le service de la consultation :

21 *interventions.* — 0 *mort.*

9 Chalazions. Excision. — 9 guérisons.
3 Incisions du point lacrymal pour atrésie. — 3 guérisons.
2 Sutures palpébrales et conjonctivales pour plaies graves de la face. — 2 guérisons.
1 Papillome du bord libre de la paupière. Excison et autoplastie. — 1 guérison.
2 Ptérygions. Excision et autoplastie. — 2 guérisons.
1 Kyste de la queue du sourcil. Excision. — 1 guérison.
3 Strabismes. Avancement ou ténotomie. — 3 guérisons.

En outre 10 opérations, soit :

4 Cataractes.
4 Iridectomies optiques ou anti-inflammatoires.
2 Enucléations.

ont été faites à la consultation, mais ont entraîné un séjour dans les salles de chirurgie après l'intervention.

Toutes ces opérations ont été suivies de succès.

5° Les *consultations des maladies des oreilles, du nez et de la gorge,* ont été faites une fois par semaine par mon ancien élève interne le Dr A. Malherbe, le nombre des consultants a été de 1882.

Voici le résumé des opérations pratiquées à cette consultation :

I. — *Oreilles.*

2	Incisions pour furoncles du conduit auditif externe	2 guérisons.
2	Ablations de polypes du conduit auditif externe	2 —
6	Paracentèses poour otites moyennes aiguës	6 —
4	Otites moyennes aiguës purulentes avec antro-mastoïdites. Evidement (sous chloroforme) de l'antre	4 —
1	Tympanite purulente chronique avec fongosités. Evidement et ablation des osselets par la voie antrale (sous chloroforme) (8 malades)	1 —
3	Tympanites purulentes chroniques avec abcès mastoïdiens. Evidement pétro-mastoïdien (sous chloroforme)	3 —
4	Cas de surdité chronique : catarrhe sec et sclérose. Evidement pétro-mastoïdien simple 1 ; évidement avec tubage : 3	4 améliorat.

II. — *Nez et annexes.*

54	Cautérisations au galvano-cautère pour rhinite hypertrophique (23 malades)	23 guérisons. et améliorat.
25	Cautérisations au galvano-cautère pour légères déviations nasales et éperons (8 malades)	8 guérisons.
20	Extirpations à l'anse froide de polypes fibro-muqueux des fosses nasales. Cautérisation (16 malades)	16 —
2	Hématomes suppurés de la cloison nasale. Incision. Cautérisation	2 —
1	Abcès avec nécrose de l'os propre droit du nez. Incision et curettage. (Sous le bromure d'Ethyle).	1 —
6	Déviations simples et avec éperons de la cloison nasale, traitées par le morcellement	6 —
1	Sinusite maxillaire; trépanation et curettage (voie alvéolaire)	1 —

III. — *Gorge et Pharynx.*

15	Cautérisations au galvano-cautère pour pharyngite chronique granuleuse, etc. (9 malades)	9 améliorat.
22	Cautérisations au galvano-cautère pour hypertrophie moyenne des amygdales (7 malades)	7 guérisons.
4	Phlegmons amygdaliens. Incisions	4 —
1	Kyste de la luette. Ablation	1 —
5	Amygdalotomies doubles pour hypertrophie des amygdales	5 —
2	Amygdalotomies unilatérales. (Sous le bromure d'Ethyle).	2 —

1	Amygdalotomie pour hypertrophie amygdalienne.	1 —
56	Végétations adénoïdes, grattage	56 —
6	Rhino-pharyngites postérieures traitées par le curettage.	6 —

IV. — *Larynx.*

35	Attouchements endo-laryngés avec acide lactique, chlorure de zinc, nitrate d'argent etc., pour ulcérations tuberculeuses (17 malades).	5 améliorat. 10 état stat. 2 perdus de vue
12	Traitements divers endo-laryngés, sulfo-ricinate, etc., dans 6 cas de tuberculose laryngée non ulcérée	6 améliorat.
1	Cas de paralysie de la corde vocale gauche avec accès de suffocation guéri radicalement par l'ablation d'un polype muqueux siégeant dans la fosse nasale gauche	1 guérison.
2	Polypes (fibromes?) des cordes vocales. Ablation avec les pinces.	2 —

B. — Statistique des opérations faites a l'hopital Bichat pendant l'année 1899, avec l'aide de mon assistant, M. le Dr H. Hartmann, chirurgien des hôpitaux, agrégé de la Faculté de Médecine, et de MM. Bernard, Chaillous, Cunéo, Gosset et Veau, internes du service.

1° *Opérations sur le crâne et la face.*
(27 opérations. — 1 mort.)

8 plaies de tête, suture. — 8 guérisons.
2 plaies de la face, suture. — 2 guérisons.
2 fractures compliquées de la voûte du crâne. Trépanation. — 1 guérison, 1 *mort.*
3 périostites du maxillaire. — 3 guérisons.
1 pseudarthrose du maxillaire inférieur. Suture osseuse. — 1 guérison.
1 fracture du maxillaire inférieur. Suture osseuse. — 1 guérison.
1 odontome du maxillaire. Ablation. — 1 guérison.
1 sinusite frontale. Trépanation. — 1 guérison.
1 épithélioma du sinus maxillaire. Résection du maxillaire. — 1 guérison opératoire.
6 évidements pétro-mastoïdiens pour suppuration. — 6 guérisons.
1 épistaxis. Tamponnement. — 1 guérison.

2° *Opérations sur le cou.*
(17 opérations. — 0 mort.)

10 adéno-phlegmon du cou. Incision. — 10 guérisons.
4 adénites tuberculeuses du cou. Ablation. — 4 guérisons.
1 adénopathie cancéreuse secondaire sous-maxillaire. Ablation. — 1 guérison.
1 néoplasme du larynx. Trachéotomie. — 1 guérison opératoire.
1 œsophagotomie externe. — 1 guérison.

3° *Opérations sur le thorax et la colonne vertébrale.*
(25 opérations. — 1 mort.)

2 plaies non pénétrantes du thorax. Sutures. — 2 guérisons.
1 plaie pénétrante de poitrine. Hémothorax. Empyème. — 1 guérison.
2 pleurésies purulentes. 2 pleurotomies. — 2 guérisons.
1 tuberculose costale suppurée. Résection costale. — 1 guérison.
1 ostéomyélite costale chronique. Résection costale. — 1 guérison.
3 abcès par congestion, suites de mal de Pott : 2 incisions et grattages. — 2 guérisons, 1 injection éther iodoformé après ponction. — 1 guérison.
1 ostéomyélite chronique du sacrum. Incision. Grattage. — 1 guérison.
1 ablation de ganglions tuberculeux de l'aisselle. — 1 guérison.
2 phlegmons sous-pectoraux. Incision. — 2 guérisons.
1 adéno-phlegmon delto-pectoral. Incision. — 1 guérison.
3 abcès du sein. — 3 guérisons.
7 ablations du sein pour cancer. — 6 guérisons. 1 *mort.*

4° *Opérations sur l'abdomen.*
(197 opérations. — 38 morts.)

42 cures opératoires de hernies inguinales. — 41 guérisons. 1 *mort.*
8 kélotomies pour hernies inguinales étranglées. — 5 guérisons. 3 *morts.*
7 cures opératoires de hernies crurales. — 7 guérisons.
6 kélotomies pour hernies crurales étranglées. — 5 guérisons. 1 *mort.*
1 kélotomie pour hernie crurale étranglée avec entérectomie et entérorraphie avec bouton de Murphy. — 1 guérison.
2 cures opératoires de hernies épigastriques. — 2 guérisons.
6 cures opératoires d'éventrations. — 6 guérisons.
4 cures opératoires de hernies ombilicales. — 4 guérisons.
3 kélotomies pour hernies ombilicales étranglées. — 3 *morts.*
3 laparotomies pour contusion de l'abdomen (3 ruptures de l'intestin). — 1 guérison. 2 *morts.*
4 laparotomies exploratrices :
2 pour cancer du foie. — 1 guérison opératoire. 1 *mort.*
1 pour périhépatite. — 1 guérison opératoire.
1 pour cancer de l'estomac. — 1 *mort.*
4 laparotomies pour occlusion intestinale. — 2 guérisons. 2 *morts.*
1 laparotomie exploratrice pour cancer de l'intestin. Anus iliaque. — 1 *mort.*
9 gastrectomies :
1 pour ulcère. — 1 *mort.*
8 pour cancers. — 4 guérisons. 4 *morts.*
18 gastro-entérostomies. — 15 guérisons. 3 *morts.*
5 gastrostomies. — 3 guérisons. 2 *morts.*
2 incisions pour appendicites suppurées. — 2 guérisons.
2 incisions pour appendicites suppurées avec résection de l'appendice. — 2 guérisons.
2 incisions pour appendicite avec péritonite généralisée. Résection de l'appendice. — 1 guérison. 1 *mort.*
23 résections à froid de l'appendice. — 22 guérisons. 1 *mort.*
6 anus iliaques pour cancer du rectum. — 6 guérisons opératoires.
3 kystes hydatiques du foie :
1 marsupialisation. — 1 guérison.
2 fermetures complètes. — 2 guérisons.
12 cholécystostomies pour cholécystite calculeuse. — 11 guérisons. 1 *mort.*
1 cholécystostomie pour épithélioma des voies biliaires. — 1 *mort.*
1 cholécystostomie. — 1 guérison.
2 cholécystectomies pour cholécystite suppurée. — 2 guérisons.
1 cholédochotomie. — 1 *mort.*
2 fermetures de fistule biliaire. — 2 guérisons.
1 exclusion pour cancer de l'intestin grêle. — 1 *mort.*
2 entéro-anastomoses pour cancer. — 2 *morts.*
1 résection du gros intestin. — 1 *mort.*
1 suture de fistule intestino-vaginale. — 1 guérison.
1 anus hypogastrique pour cancer. — 1 *mort.*
3 laparotomies pour péritonite tuberculeuses. — 2 guérisons. 1 *mort.*
3 incisions abdominales pour abcès stercoraux. — 3 guérisons opératoires.
1 laparotomie exploratrice pour péritonite subaiguë. — 1 *mort.*
1 laparotomie exploratrice pour néoplasme utérin. — 1 *mort.*

5° *Opérations sur l'anus et le rectum.*
(28 opérations. — 0 mort.)

3 dilatations de l'anus. — 3 guérisons.
15 fistules anales. Incision. — 15 guérisons.
4 abcès péri-ano-rectaux. Incisions. — 4 guérisons.
4 ablations d'hémorroïdes. — 4 guérisons.
1 ablation de polype du rectum. — 1 guérison.
1 ablation de papillome anal. — 1 guérison.

6° *Opérations sur les organes génitaux de la femme.*
(206 opérations. — 20 morts.)

6 ablations bilatérales des annexes pour lésions suppurées. — 6 guérisons.
5 ablations bilatérales des annexes pour lésions non suppurées. 5 guérisons.
7 ablations unilatérales des annexes pour lésions suppurées. — 7 guérisons.
2 ablations unilatérales des annexes pour lésions non suppurées. — 2 guérisons.
2 ablations unilatérales des annexes avec résection appendiculaire. — 2 guérisons.
12 laparotomies pour hématocèle pelvienne avec 5 castrations doubles et 7 castrations unilatérales. — 11 guérisons. — 1 *mort.*
2 laparotomies pour kyste ovarique végétant. — 2 *morts.*
1 laparotomie exploratrice pour kyste ovarique végétant. — 1 guérison opératoire.
1 laparotomie exploratrice pour ascite colloïde. Cure d'éventration. — 1 guérison.
6 ovariotomies pour kystes ovariques. — 5 guérisons. 1 *mort.*
1 évacuation de micro-kystes ovariques. — 1 guérison.
4 raccourcissements intra-abdominal des ligaments ronds. — 4 guérisons.

5 hystéropexies. — 5 guérisons.
48 hystérectomies abdominales sus-vaginales :
 14 pour fibromes. — 12 guérisons. 2 *morts*.
 8 pour fibrome et salpingite suppurée. — 6 guérisons. 2 *morts*.
 2 pour kystes des ligaments larges. — 2 guérisons.
 14 pour salpingites doubles suppurées. — 13 guérisons. — 1 *mort*.
 1 pour salpingite double avec appendicite. — 1 *mort*.
 1 pour salpingite double non suppurée. — 1 guérison.
 5 pour hématocèle pelvienne. — 5 guérisons.
 2 pour annexite double avec fistule abdominale. — 2 *morts*.
 1 pour métrite hémorragique récidivante. — 1 guérison.
33 hystérectomies abdominales totales :
 9 pour fibromes. — 7 guérisons. 2 *morts*.
 13 pour annexite double suppurée. — 13 guérisons.
 3 pour annexite double suppurée avec appendicectomie. — 1 guérison. 2 *morts*.
 3 pour cancer du col de l'utérus. — 3 guérisons.
 3 pour cancer du corps de l'utérus. — 3 guérisons.
 1 pour grossesse tubaire. — 1 guérison.
 1 pour cancer des ovaires. — 1 *mort*.
2 hystérectomies vaginales :
 1 pour salpingite. — 1 guérison.
 1 pour cancer du col. — 1 guérison.
3 colpotomies. — 3 guérisons opératoires.
40 curettages :
 4 pour cancer de l'utérus. — 4 guérisons opératoires.
 18 pour rétention placentaire non infectée après avortement. — 18 guérisons.
 18 pour métrite hémorragique. — 18 guérisons.
4 curettages avec amputation du col :
 1 pour métrite hypertrophique. — 1 guérison.
 3 pour métrite avec hypertrophie du col. — 3 guérisons.
2 évacuations et lavages de la cavité utérine pour infection puerpérale. — 2 *morts*.
2 incisions d'hématome de la grande lèvre. — 1 guérison. 1 *mort*.
2 incisions abdominales pour salpingite suppurée. — 2 guérisons.
2 périnéorraphies pour déchirure du périnée. — 2 guérisons.
1 périnéorraphie pour fistule recto-vaginale. — 1 guérison.
2 colpopérinéorraphies pour prolapsus génitaux. — 2 guérisons.
1 fistule du périnée. Excision. — 1 guérison.
3 incisions de Bartholinite. — 3 guérisons.
1 excision de Bartholinite. — 1 guérison.
2 ablations de polypes utérins par la voie vaginale. — 2 guérisons.
1 laparotomie pour excision de fistule abdominale. — 1 guérison.
1 laparotomie pour péritonite suppurée. — 1 guérison.

7° *Opérations sur les organes génitaux de l'homme.*
(28 opérations. — 0 mort.)

4 résections de varicocèles. — 4 guérisons.
17 hydrocèles; cure opératoire. — 17 guérisons.
1 hématocèle décortication. — 1 guérison.
4 curettages pour abcès tuberculeux du testicule. — 4 guérisons
1 kyste de l'épididyme. Ablation. — 1 guérison.
1 sarcome du testicule. — 1 guérison.

8° *Opérations sur les voies urinaires.*
(28 opérations. — 2 morts.)

1 rétrécissement cicatriciel du méat. Débridement. — 1 guérison.
1 infiltration d'urine. Incisions multiples. — 1 guérison.
5 abcès urineux. Incision. — 4 guérisons. 1 *mort*.
7 urétrotomies internes. — 7 guérisons opératoires.
1 résection circulaire de l'urètre péno-scrotal. — 1 guérison.
3 néphrotomies. Pyonéphroses. — 2 guérisons. 1 *mort*.
1 incision d'abcès périnéphritique. — 1 guérison.

9° *Opérations sur les membres supérieurs.*
(41 opérations. — 0 mort.)

3 désarticulations de phalanges. — 3 guérisons.
1 ligature de l'artère radiale. — 1 guérison.
2 sutures de tendon. — 2 guérisons.
7 réductions de luxation de l'épaule. — 7 guérisons.
1 fracture compliquée de l'avant-bras. Amputation. — 1 guérison.
5 phlegmons de la paume de la main. Incision. — 5 guérisons.
6 phlegmons du membre supérieur. Incision. — 6 guérisons.
2 résections du coude (tuberculose). — 2 guérisons.
2 ostéites tuberculeuses de l'olécrane. Grattage. — 2 guérisons.
2 ostéites tuberculeuses des os du carpe. Amputation. — 2 guérisons.
1 kyste du poignet. Ablation. — 1 guérison.
1 synovite tuberculeuse de la gaine des fléchisseurs. Ablation. — 1 guérison.
1 lipome multiple de l'avant-bras. Ablation. — 1 guérison.
1 suture du radial au bras. — 1 guérison opératoire et fonctionnelle.
3 écrasements de la main. 3 résections atypiques. — 3 guérisons.
2 plaies du membre supérieur. Coupure et balle de revolver. — 2 guérisons.
1 corps étranger de la main, fragment de verre. Extraction. — 1 guérison.

10° *Opérations sur les membres inférieurs.*
(86 opérations. — 4 morts.)

1 plaie de la cuisse. Suture. — 1 guérison.
1 plaie du pied. Suture. — 1 guérison.
1 plaie du genou. Suture. — 1 guérison.
2 plaies de la face dorsale du pied, 2 sutures tendineuses. — 2 guérisons.
1 ténotomie du tendon d'Achille. — 1 guérison.
1 réduction de luxation de la hanche. — 1 guérison.
7 fractures compliquées de jambe :
 5 sutures osseuses avec 3 guérisons et 2 amputations secondaires.
 2 réductions sous chloroforme avec ouverture du foyer et drainage. — 2 guérisons.
2 écrasements du bout du pied, 2 amputations d'orteils. — 2 guérisons.
2 fractures de rotule, 2 sutures. — 1 guérison. 1 *mort*.
5 hygromas suppurés du genou. Incision. — 5 guérisons.
5 hygromas non suppurés du genou. Ablation. — 5 guérisons.
9 adénites inguinales suppurées. Incision. — 9 guérisons.
4 adénites inguinales tuberculeuses. Ablation. — 4 guérisons.
2 abcès de la fesse. Incision. — 2 guérisons.
6 phlegmons de la cuisse. Incisions multiples. — 6 guérisons.
1 abcès de la cuisse. Incision. — 1 guérison
1 adéno-phlegmon du creux poplité. Incision. — 1 guérison.
2 abcès du pied. Incision. — 2 guérisons.
1 abcès froid de la jambe. Incision. — 1 guérison opératoire.
1 synovite de la gaine des péroniers. Ablation. — 1 guérison.
5 ostéomyélites aiguës dont 4 du fémur. — 3 guérisons. 1 *mort*.
 1 de l'os iliaque avec foyers secondaires. — 1 *mort*.
1 ostéomyélite chronique du fémur. Trépanation. — 1 guérison.
2 ostéomyélites chroniques du tibia. Trépanation. — 2 guérisons.
2 résections du genou. — 1 amélioration. 1 guérison après amputation de cuisse.
1 résection du genou pour ankylose vicieuse par rétraction cicatricielle, suite de brûlure. — 1 guérison.
2 ostéites tuberculeuses du tibia. Grattage. — 2 guérisons.
1 tumeur blanche du genou. Amputation de cuisse. — 1 guérison.
1 ostéo-sarcome du fémur. Désarticulation de la hanche. — 1 guérison.
2 ostéo-sarcomes du tibia. Amputation de cuisse. — 2 guérisons.
1 amputation de cuisse pour tumeur blanche du genou. — *Mort* sous chloroforme.
4 arthrotomies du genou : 2 pour hémarthrose, 2 pour hydarthrose. — 4 guérisons.
1 thrombose de la saphène interne au niveau de l'ampoule. Ablation. — 1 guérison.
1 épithélioma kystique de la peau de la fesse. Ablation. — 1 guérison.
1 lipome de la fesse. Ablation. — 1 guérison.
1 hématome de la cuisse. Ponction. — 1 guérison.
1 lupus de la fesse. Ablation. — 1 guérison.
1 luxation de l'astragale en dehors. Réduction. — 1 guérison.
3 désarticulations d'orteils :
 2 pour orteil en marteau. — 2 guérisons.
 1 pour nécrose. — 1 guérison. (*A suivre.*)

La libéralité d'un rentier. — Un généreux propriétaire qui aimait à faire ses villégiatures à Dammartin et à Thieux, M. Gervais Letessier, vient en mourant de laisser par testament aux pauvres de ces deux communes — ils ne sont peut-être pas une dizaine — la jolie somme de 150.000 francs, dont la rente devra être servie à perpétuité. Ce legs nous a paru particulièrement intéressant à signaler au nombre des multiples libéralités de M. Letessier, libéralités qui s'étendent à l'orphelinat des Arts de Mme Marie-Louise Laurent, aux Petites-Sœurs-des-Pauvres (100.000 francs), à la Société centrale de sauvetage des naufragés (100.000 francs), etc. (*Le Temps* du 3 février 1900.)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

De la nécessité du lavage préalable de l'estomac avant la gastro-entérostomie;

Par le Dr **René BELIN.**

L'école allemande, Billroth en tête, recommandait fortement le lavage de l'estomac avant toute opération chirurgicale sur cet organe. Cette technique faisant partie obligatoire des soins pré-opératoires, la discussion roula sur le nombre de ces lavages et surtout sur le liquide employé (1). Rydigier préconisait une solution salicylée faible, Ratimoff, Kocher, une solution forte. Novaro, de l'eau bicarbonatée sodique, Billroth et à sa suite Jaboulay s'en tenaient à l'eau bouillie tiède, boriquée ou non. Lauenstein faisait ingérer à ses malades une quantité relativement considérable d'aliments puis lavait leur estomac avec la solution salicylée de Kocher. Le but de ces lavages était d'assurer l'asepsie gastrique et de provoquer la diurèse. Quoi qu'il en soit, il en résultait souvent une grande fatigue pour les futurs opérés qui, comme l'on sait, ne sont confiés au chirurgien que dans un état de cachexie souvent extrême. Aussi une réaction ne tarda-t-elle pas à se produire, et, sous l'influence de quelques auteurs anglais et de Roux (de Lausanne), les lavages ne tardèrent-ils pas à tomber en désuétude. La diurèse pouvait être assurée par des injections massives de sérum artificiel; quant à l'asepsie gastrique, il a été reconnu que les malades vomissant tout, avaient l'estomac généralement vide au moment de l'intervention : cette vacuité était certaine après quelques heures de jeûne, imposé à tous les opérés du tube digestif. Terrier et Hartmann seuls continuèrent à conseiller les lavages « *chez les malades qui y sont grandement accoutumés* ». C'est cette conduite que j'ai adoptée jusqu'ici et j'ai trouvé toujours l'estomac parfaitement vide au point, le plus souvent, d'être dispensé de toute coprostase gastrique, comme le veut Tuffier. J'ai eu à me repentir de cette simplification ainsi que le prouve l'observation suivante, rédigée par M. de Lonchamp.

OBSERVATION. — Le nommé B..., entrepreneur, âgé de 58 ans, est atteint depuis deux ans de troubles gastriques graves, il ne prend plus comme nourriture qu'un peu de lait et un œuf; un lavement nutritif par jour; son affaiblissement est extrême. Depuis un mois, les vomissements sont devenus la règle, tout ce que est absorbé est rejeté. La palpation révèle parfaitement une tumeur annulaire du pylore et le diagnostic de cancer du pylore ne fait pas de doute.

Une intervention qui devait être curative ou palliative est proposée et acceptée. L'affaiblissement du malade étant extrême, je ne pratique pas de lavage de l'estomac. Un purgatif léger est administré avec de la glace et *produit son effet habituel*.

OPÉRATION le 17 *janvier*. — Après incision de l'abdomen, de l'appendice xyphoïde à l'ombilic, M. Belin découvrit une tumeur annulaire du pylore, du volume d'une grosse pomme, très développée, surtout en arrière. Toute tentative d'extirpation était impossible, vu l'état de faiblesse extrême du malade ; il fallut se rabattre sur la gastrentérostomie, le pylore paraissant avoir perdu toute perméabilité. La partie de l'estomac, non occupée par la tumeur, était très dilatée, quoique non tendue, et renfermait certainement une quantité très appréciable de liquide. M. Belin fit une ponction avec le trocart n° 3 de l'appareil Dieulafoy et en retira près de 70 décilitres de liquide noirâtre horriblement fétide, analogue au raisiné classique des hématocèles. La première suture séro-séreuse étant terminée, en ponctionnant l'estomac au thermocautère, malgré un endiguement aussi exact que possible par des pinces courbes élastiques de Doyen (endiguement forcément incomplet à cause de la prédominance de la tumeur en arrière), il s'échappa *un véritable flot de matières* y compris des pruneaux presque entiers et des morceaux de fromage non digérés; quelque précaution qu'on prît pour protéger la séreuse, ce vomissement fut si abondant, que les compresses protectrices disposées en plusieurs étages en furent inondées... Toutes chances de succès, malgré un lavage abdominal prolongé, paraissaient compromises; l'opération fut terminée, le malade mourut le surlendemain en pleine septicémie.

Réflexions. — Cette observation, prise sur le vif, éclaire d'un jour nouveau certains points de physiologie pathologique de l'estomac; elle prouve que, malgré des vomissements incessants, certains estomacs *ne se vident pas*. Chez ces malades, à pylore contracté ou sténosé, le vomissement ne rejette au dehors que le *trop-plein*, et il reste en permanence un fond considérable de matières que, seul, un lavage méthodiquement fait eût pu chasser. Il est plus difficile d'interpréter le mode d'action du purgatif donné la veille de l'opération, peut-être a-t-il agi simplement en provoquant des péristaltiques synergiques du duodénum, il est douteux qu'il ait pu passer par le pylore. Ce malade, opéré le 17 janvier, n'avait absorbé ni pruneaux, ni aucun des aliments retrouvés depuis un dîner de famille, auquel il avait assisté le 1er janvier; malgré ses vomissements incessants, ces pruneaux étaient restés dans le fond de son estomac pendant près de *trois semaines*, ainsi que d'autres aliments.

L'autopsie pratiquée le 20 janvier par M. Currie a pleinement démontré l'imperméabilité presque absolue du pylore et la grande distension stomacale d'une part, de l'autre, le bon fonctionnement de notre nouvelle bouche stomacale rétrocolique. Ces aliments seraient donc tombés peu à peu dans l'intestin, et l'opéré eût pu jouir de la survie que son opération devait lui assurer, si un lavage avait été pratiqué avant l'intervention; admettant même que l'œil de la sonde n'eût pas laissé passer les plus gros morceaux, nous eussions évité sûrement cette énorme inondation septique ayant entraîné fatalement la mort de notre opéré.

La CONCLUSION s'impose. Quel que soit l'état de fatigue du malade, il est indispensable, dans les interventions pour affections pyloriques, contractures ou cancers, de remettre le lavage de l'estomac en tête des soins et précautions pré-opératoires indispensables.

(1) Terrier et Hartmann. — Chirurg. de l'estomac, 1899, Steinheil.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur : Au grade d'officier : M. le Dr Parinaud, ancien président de la Société d'ophtalmologie de Paris. — Au grade de chevalier : M. le Dr Bar, médecin accoucheur de l'hôpital Saint-Antoine, professeur agrégé de la faculté de médecine de Paris. — M. le Dr Gagey, médecin de l'hôpital de Pouilly-en-Auxois (Côte d'Or), médecin de l'assistance publique et des épidémies. — M. le Dr de Molènes, médecin à Paris. — M. le Dr Duchamp, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Saint-Etienne. — M. le Dr Houradou, médecin à Figeac. — M. le Dr Galup, médecin inspecteur des enfants du premier-âge, à Tonneins — M. le Dr Clopin, médecin à Seurre. — M. le Dr Cavasse, médecin de la marine de 1872 à 1885, à Vallauris. — M. Gory, inspecteur de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris.

Sont nommés, à titre étranger, chevaliers de la légion d'honneur : M. Marmorek, sujet autrichien, docteur en médecine, chef de laboratoire à l'institut Pasteur ; auteur de travaux très importants sur le traitement sérothérapique de l'érysipèle et de la fièvre puerpérale. — M. Benoit Cimino, sujet italien, docteur en médecine, publiciste, fondateur de l'agence italienne d'informations à Paris.

GROSSESSE. — La mère d'un de nos malades, qui a eu 4 enfants, a déclaré qu'à « chaque portée » elle augmentait de 20 livres.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Cours de chimie médicale : M. le Pr Armand Gautier.

Le 8 mars a commencé pour quatre mois, dans l'amphithéâtre de physique et de chimie, la série des leçons de M. le Pr Armand GAUTIER. La première a eu lieu devant 150 auditeurs environ, dans cette nouvelle salle où la voix du Maître, souvent étouffée dans l'ancien amphithéâtre, est aujourd'hui facilement accessible à toutes les oreilles.

M. Gautier se propose d'expliquer les phénomènes chimiques de la vie cellulaire, effets très variés dont l'harmonie physiologique semble attribuable à l'action du système nerveux. Déjà Lavoisier découvrit le caractère chimique de la combustion respiratoire, et Robert Meyer créa la thermodynamie. Puis vint la théorie des fermentations. En 1863, c'est Davaine qui découvre que la pustule maligne provient d'organismes spécifiques, transmissibles d'un animal infecté à un animal bien portant. Ensuite c'est Pasteur, qui, par analogie, fournit la cause de la fermentation lactique et butyrique, sans oser toutefois rapprocher l'action de ces ferments, de celle des ferments figurés de la pustule maligne. Mais il faut retenir que bien avant Davaine et Pasteur, les chimistes avaient découvert la nature des fermentations. Le sucre sous l'influence de la levure de bière (invertine) donne de l'alcool et du glucose (Berthelot). Le micrococcus uréus, découvert par Van Tieghem, décompose l'urée en carbonate d'ammoniaque. Or, les divers ferments et microbes agissent non par eux-mêmes ou leur simple présence, mais par les produits qu'ils sécrètent et qui sont de la nature des ferments (Zymases). La levure de bière dépouillée par forte expression de toute cellule vivante, donne un suc clair, lequel décompose aussi bien le sucre en alcool et acide carbonique (Buchner). De même, le bacille de Lœfler, celui du tétanos, agissent non par eux-mêmes, mais par les toxines qu'ils sécrètent. Si, nous passons des phénomènes pathologiques aux phénomènes normaux de la vie, nous trouvons des ferments dans tous les liquides digestifs, dans les globules blancs (4 ou 5). L'assimilation elle-même, est un phénomène de fermentation, etc. Ainsi s'expliquent, au fur et à mesure des progrès chimiques, les phénomènes de la vie.

Les leçons ultérieures auront pour objet d'étudier ces phénomènes d'ordre chimique avec plus de détails. Terminons en disant que ce premier cours a été émaillé de projections instructives, lesquelles, si elles se répètent, allégeront l'attention des jeunes et même des vieux auditeurs, devant l'aridité relative d'un pareil sujet. P. C.

Conférences de Pathologie externe : M. Faure, agrégé.

Le programme est vaste, trop vaste pour 40 leçons, puisqu'il comprend l'étude de toutes les affections chirurgicales de la tête et du cou. Aussi M. FAURE se propose-t-il de laisser de côté toutes les affections rares, exceptionnelles, pour porter toute son attention sur les maladies courantes, celles qu'on rencontre journellement dans la pratique hospitalière et dans la clientèle. De plus, il abandonnera les questions théoriques de pathogénie, qu'il appelle « discussions académiques » pour étudier avec plus de détails les symptômes, le diagnostic et le traitement. Enfin, brillant opérateur, il joindra l'exemple à la parole en faisant, autant que possible, en présence de ses élèves, les opérations sur le cadavre. Cet enseignement sera donc, avant tout, pratique, et si les auditeurs ne peuvent exercer leur sagacité par l'étude des questions pathogéniques, ce qui est agréable, ils apprendront du moins à reconnaître et à traiter les maladies, ce qui est utile.

L'omission volontaire de toutes les questions théoriques, n'est pas faite pour augmenter l'agrément des cours. Il n'est pas encore possible de dire que le professeur a su par une belle élocution, compenser l'aridité du sujet, mais c'est un début et, le plus grand des orateurs grecs en eut de fort mauvais. Mais ces petits inconvénients sont grandement compensés par l'incontestable habileté de l'opérateur brillant qu'est M. Faure. Aussi, la plupart de ces nombreux auditeurs, quoiqu'il en dise, lui resteront fidèles, et voudront apprendre, en le voyant faire, comment on devient un excellent chirurgien.

Cours de pathologie interne : M. Thiroloix, agrégé.

Mercredi 7 mars, à 5 heures, M. THIROLOIX a commencé son cours sur les affections de l'appareil digestif. Ceux qui ont eu, il y a 12 ans, la chance d'appartenir à la grande conférence d'internat Thiroloix et Laffitte, peuvent préjuger la valeur d'une leçon comme celle du 7 mars, touffue de documents et poussée au dernier terme de l'actualité et de la précision scientifiques. Tout ce que les nouveaux moyens d'exploration tels que tubage, radiographie, bactériologie, chimisme, etc., ont fait gagner à la pathologie des voies digestives est indiqué avec des exemples typiques, la théorie d'hier étant mise en parallèle avec celle du jour. Angines blanches, dyspepsies, fièvre typhoïde, choléra, servent à indiquer la marche nouvelle imprimée à la science devenue du coup plus exacte et aussi plus efficace. Sans effort, on voit s'expliquer les mystères de la prédominance du coli-bacille dans l'intestin typhique, le bacille d'Eberth habitant le système lymphatique, et celui du choléra épargnant des villes telles que Lyon ou Versailles, son vibrion s'y trouvant gêné par la coexistence d'organismes empêchants. La revue rapide des divers ordres de causes des maladies du tube digestif et celle des moyens de dépense de cet appareil complètent cette leçon générale, dont la portée fait regretter de n'être plus étudiant pour pouvoir assister assidûment à celles qui la suivront. F. B.

Cours de médecine légale : M. Thoinot, agrégé.

Les asphyxies et les accidents du travail, tel est le programme du cours que M. THOINOT a commencé, vendredi 9 mars, à 4 heures. Après avoir classé et défini les asphyxies, M. Thoinot s'attaque à l'intoxication par l'oxyde de carbone. Celle-ci n'est jamais criminelle, mais toujours suicide ou accidentelle. Elle constitue un mode de suicide de grande ville, jamais de campagne, suicide surtout parisien et féminin, suicide économique, souvent collectif et généralement exécuté par des pauvres. Ayant donné les raisons de ces particularités, le professeur arrive à l'intoxication accidentelle, appareils de chauffage, fuites de gaz d'éclairage, fours à chaux, incendies, explosions minières, tels en sont les causes ordinaires. Si le poele commun est parfois coupable, le grand meurtrier d'hier, d'aujourd'hui et de demain, c'est le poêle mobile avec tous ses dérivés, poêles ou cheminées à combustion lente, avec ou sans roulettes. Le processus de surproduction et de diffusion trop généreuse d'oxyde de carbone, par ces appareils, est ingénieusement démontré. On voit pourquoi un de leurs pires dangers consiste dans leur mobilité même ; la chambre chaude qu'ils viennent de quitter attirant l'air froid de la pièce où on les a roulés, établit un tirage à l'envers qui déverse des flots de poison dans

l'appartement. Même fixes, d'ailleurs, ils font des hécatombes qui n'épargnent pas les voisins de leurs propriétaires ; faits que les suivantes leçons expliqueront avec l'entrain et la clarté qui font le grand attrait du cours.

F. B.

Cours d'accouchement : M. Lepage, agrégé.

La tradition d'humour de bon aloi dont s'anime l'Ecole française d'Obstétrique n'est pas morte. Il suffit, pour s'en convaincre, d'assister aux leçons de M. Lepage, qui a ouvert, le lundi 6 mars, le cours complémentaire du semestre d'été. Avec lui on pense à la bonhomie simple de Tarnier et aux images plaisantes de Pajot. Il exposera les dystocies et les opérations obstétricales, et en classant les dystocies, il montre combien les divisions modernes ont eu peu de chose à ajouter à la classification si complète et si ingénieuse de Soranus d'Ephèse. On trouve pourtant du nouveau et beaucoup d'original dans ce cours, et les dystocies artificielles (du fait du médecin) donnent lieu à des traits que Soranus lui-même n'aurait pas prévus. Dystocies par incurie, médicamenteuses, opératoires et cérébrales, elles sont une source abondante d'anecdotes piquantes. Les cérébrales n'existent que dans l'imagination de l'accoucheur et peuvent naître pendant la grossesse, pendant le travail et même après la délivrance. Elles permettent de tracer quelques caractères, dont le « chercheur de la petite bête » est un des plus piquants. Ne faut-il pas que les erreurs de quelques-uns profitent à la collectivité ? D'ailleurs, M. Lepage, qui n'est point médisant, ne manque jamais de citer à l'occasion et très courageusement ses propres erreurs. L'écueil est souvent dû à l'affection du praticien pour la parturiente, ou au surmenage imposé par une ou plusieurs nuits passées au chevet de celle-ci ; surmenage qui est le plus grand ennemi du sang-froid nécessaire. C'est ainsi qu'un père peut prendre un fibrome pour la tête obstinément mal placée de son fils, ou qu'un vieil obstétricien peut en venir à prendre pour une hydrocéphalie la présentation des fesses d'un bel enfant. Mais il faut entendre comme tout cela est raconté. En cette heure, vite envolée, les faits s'accumulent et s'enchaînent dans un ordre limpide et facile qui rend ces leçons éminemment pratiques et démonstratives.

F. Boissier.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 5 mars 1900.

Le travail des centres nerveux spinaux.

Mlle Joteyko, pour mesurer la durée de l'excitabilité des centres médullaires, a produit, par l'excitation d'un des nerfs sciatiques, la tétanisation du muscle correspondant en ayant soin d'empêcher la transmission réflexe de l'excitation à l'autre patte, au moyen de l'électrisation faible ou de l'éthérisation du second nerf sciatique. Puis, quand la tétanisation du premier muscle avait pris fin, ce qui démontrait qu'il était devenu inexcitable, l'auteur rétablissait le passage de l'influx nerveux dans le second sciatique. Dans ces conditions, les muscles de la seconde patte ont toujours été tétanisés. Or, comme la moelle n'avait cessé d'être excitée pendant toute la durée de l'expérience, et comme elle se montrait cependant encore excitable alors que le premier muscle ne l'était plus, — ce que démontrait la disparition des phénomènes tétaniques dans ce muscle, — l'auteur conclut que la résistance à la fatigue des centres spinaux est au moins deux fois plus considérable que celle des terminaisons nerveuses intra-musculaires. L'éthérisation du nerf pouvant être prolongée plus longtemps que sa faradisation, l'auteur a vu par cette méthode, que la moelle pouvait même être excitée pendant un temps quatre fois plus long que le muscle, sans manifester aucun signe de fatigue. Enfin, une légère strychnisation de la moelle a permis à l'auteur de constater que cet organe, quand on exalte ainsi son pouvoir excito-réflexe, peut fournir une somme de travail cent fois plus considérable que la fibre musculaire.

Nouvelle méthode pour mesurer la sensibilité tactile de pression des surfaces cutanées et muqueuses.

MM. Toulouse et Vaschide font remarquer que les esthésiomètres généralement employés, ont le double inconvénient d'agir sur une surface plus ou moins étendue du tégument, et de ne pas permettre la mesure de la pression qu'on exerce par leur intermédiaire sur les terminaisons tactiles. Ces raisons ont amené les auteurs à se servir, pour la mesure de la sensibilité tactile, que l'on appelle aussi plus exactement sensibilité à la pression, d'aiguilles en acier à pointe fine, dont le poids est fonction de leur longueur et de leur diamètre. On maintient verticalement une de ces aiguilles sur la surface à explorer, au moyen d'une lame d'aluminium percée d'un trou dans lequel joue librement le corps de l'aiguille ; dans ses conditions, si l'on a soin de déposer celle-ci sans vitesse appréciable, la pression qu'elle exerce est mesurée par son propre poids.

A propos de l'alternance physiologique des reins.

MM. Bardier et H. Frenkel ont constaté par la méthode des tracés onconographiques, ainsi que par la comparaison des quantités d'urine qui s'écoulent par chacun des deux uretères, qu'à l'état physiologique, il n'existe pas d'alternance dans le fonctionnement des deux reins, ni au point de vue des phénomènes vaso-moteurs, ni au point de vue de l'écoulement urinaire. C'est sans doute par des obstacles siégeant du côté des uretères qu'il faut expliquer le fait que certains auteurs ont obtenu des résultats différents.

C. Phisalix.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 10 mars 1900. — Présidence de M. Bouchard.

Pancréas supplémentaires.

M. Letulle a, six fois sur 200 autopsies, rencontré des pancréas surnuméraires qui affectent deux types principaux. Ce sont de petites tumeurs siégeant à la face antérieure du duodénum et n'ayant aucune connexion avec la glande principale ; tantôt, ce sont des petites masses sous-muqueuses faisant saillie sous la muqueuse du duodénum et souvent considérées comme du cancer ou de l'adénome. L'examen histologique de ces productions montre un excréteur et des acini identiques à ceux du pancréas. M. Letulle pense qu'il s'agit de vestiges embryogéniques de la glande pancréatique qui se développe chez l'homme par trois bourgeons distincts.

Influence de la pression sanguine sur la circulation lymphatique.

M. Moussu a étudié, sur le cheval, l'influence de la pression sanguine sur la circulation lymphatique ; il note l'écoulement, par une fistule lymphatique du cou, de la lymphe au repos. Par l'excitation du bout périphérique du grand sympathique, il obtient une vaso-dilatation qui diminue l'écoulement lymphatique ; pendant la vaso-dilatation, l'écoulement de la lymphe est beaucoup plus abondant. Les résultats sont les mêmes si la pression sanguine est augmentée par des injections salines intra-veineuses ; la forte saignée augmente aussitôt l'écoulement lymphatique. M. Moussu conclut, contre Heidenhain et Hambur-

ger, que la pression sanguine modifie la circulation lymphatique.

M. Richet pense que la théorie de Heidenhain n'est pas atteinte par les expériences de M. Moussu, car l'excitation nerveuse d'une part, la saignée et les injections salines entraînent des modifications cellulaires dont il faut tenir compte.

M. Moussu ne nie pas l'action cellulaire, mais pense que l'influence de la tension sanguine n'est pas sans action.

Glycogène hépatique pendant la grossesse.

M. Ch. de Sinéty pense que les modifications du glycogène pendant la grossesse, signalées par MM. Charrin et Guillemonat, sont probablement en rapport avec l'imminence de la fonction mammaire.

Canitie précoce.

M. Féré signale deux cas de canitie très précoce coïncidant avec une longévité très grande et héréditaire.

Hydrates de carbone de réserve des graines de luzerne.

MM. Bourquelot et Hérissey ont étudié la réserve des hydrates de carbone dans les graines de luzerne.

M. Mariaud étudie le voile du palais comme organe de gustation. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 13 mars 1900. — Présidence de M. Marey.

Les préparations de viande.

M. Gaucher étudie les diverses préparations de viande : bouillon, extraits, peptones, etc. Les conclusions sont fort intéressantes :

1° Par la proportion de ses matières albuminoïdes ; par ses matières sapides et odorantes qui agissent en excitant le goût et l'estomac; par ses bases créatiniques et xanthiques qui, à petites doses, jouent, comme la caféine (laquelle appartient elle-même à la famille xanthique) le rôle de tonique du cœur et des muscles; par les dérivés phosphorés organiques issus des lécithines ; enfin, par les phosphates solubles assimilables, le bouillon bien fait est, à la fois, un aliment proprement dit, un stomachique excitant les sécrétions gastro-intestinales, et un tonique général. Ceci suffit à expliquur la vogue qu'a toujours eue, et à bon droit, quelles qu'aient été les théories régnantes, le bon bouillon de nos ménagères; 2° chez l'animal omnivore, jeune et en état d'accroissement, que l'on nourrit avec une même quantité de principes alimentaires équivalents, l'alimentation naturelle est toujours la plus efficace, c'est-à-dire que pour un même poids de principes nutritifs absorbés, l'augmentation de poids est maximum avec le régime naturel. Dans la toute première jeunesse le coefficient d'utilisation des aliments est énorme; 3° ce coefficient varie, pour chaque mode d'alimentation, suivant l'âge de l'animal; 4° avec les préparations industrielles tirées de la viande, ce coefficient d'utilisation est en déficit de un *septième* (2,7 0/0) par rapport au coefficient d'utilisation de la nourriture normale; 5° il semblerait, d'après cela, qu'on n'ait aucun intérêt à introduire l'un ou l'autre de ces aliments artificiels dans l'alimentation de l'homme ou des animaux (puisque cette intervention répond à un déficit de 2,7 0/0 par rapport au coefficient d'utilisation de la nourriture normale). Cependant, il est de nombreux cas où les aliments naturels sont insuffisamment digérés, où l'estomac est impropre à les peptoniser, où il y a inappétence, quelquefois absolue, de cause nerveuse ou autre, et nécessité urgente d'alimenter le patient.

Traitement de la grippe.

M. Fernet insiste sur l'élimination des toxines et l'importance de la diurèse. L'antipyrine est mauvaise en réduisant les urines. Le sulfate de quinine à hautes doses est trop déprimant et peut produire une gastrite tonique. La strychnine est, par contre, excellente contre l'asthénie nerveuse. Les diurétiques (lait, tisanes légères, eaux alcalines, grogs légers, lavements de lait coupés d'eau alcaline), les injections de sérum artificiel, les lotions froides, l'autopsie de la gorge et du nez compléteront le traitement. Dans les congestions viscérales, notamment dans la congestion pulmonaire, M. Fernet s'est toujours très bien trouvé des compresses hydrothérapiques froides appliquées à la base du poumon. Les effets sont immédiats et bien supérieurs à ceux des ventouses et des sinapismes. La respiration devient moins fréquente et plus profonde. Le bien-être consécutif est tel, que souvent les malades réclament l'application nouvelle de ces compresses.

Des luxations soudaines de la hanche dans les périodes de début de la coxalgie.

M. E. Kirmisson rapporte cinq observations de cet accident dès le début de la coxalgie. La réduction offre une grande importance pratique. Non seulement elle est obtenue, mais elle persiste comme dans les luxations traumatiques. Ces luxations précoces doivent donc être soigneusement distinguées comme pronostic et comme traitement des luxations tardives.

Les rayons X.

M. Pinard présente un magnifique cliché dû à M. Vaillant, chef de laboratoire de Baudelocque. Ce cliché, haut de 1 m. 60, est une photographie totale d'une femme atteinte de scoliose et de luxation congénitale.

Elections.

La liste de classement des candidats pour la place vacante dans la section des associés étrangers, est dressée ainsi qu'il suit : M. Metchnikoff, M. Albert (de Vienne), M. Manson (de Liverpool), M. Bergmann (de Berlin).

Commissions des prix pour 1900.

Académie. — MM. Bouchard, Richet, Roux,
Alvarenga. — MM. Cornil, Richelot, Proust.
Baillarger. — MM. Laborde, Magnan, Richer.
Barbier. — MM. Landouzy, Kelsch, Hutinel.
Bourceret. — MM. Chauveau, Malassez, François-Franck.
Buignet. — MM. Gariel, Hanriot, Gautier, Bourquelot, Peyrot, Laveran.
Campbell Dupierris. — MM. Guyon, Reclus, Ch. Monod.
Capuron. — MM. Moissan, Hayem, Robin.
Chevallier. — MM. Hérard, Lannelongue, Grancher.
Chevillon. — MM. Delorme, Le Dentu, Lancereaux.
Civrieux. — MM. Jaccoud, Huchard, Raymond.
Clarens. — MM. L. Colin, Besnier, Vallin.
Daudet. MM. Terrier, Lucas-Championnière, Pozzi.
Desportes. — Section de thérapeutique.
Falret. — MM. Richer, Laborde, Debove.
Godard. — MM. Cadet de Gassicourt, Rendu, Bucquoy.
Herpin (de Genève). — MM. Motet, Duguet, Dieulafoy.
Itard. — MM. Potain, Panas, Fernet.
Laborie. — Sections de chirurgie.
Baron Larrey. — MM. Napias, Chauvel, Cadet de Gassicourt.
Laval. — MM. Fournier, Pinard, Brouardel.
Lorquet. — MM. Magnan, Richer, Brouardel.
Meynot. — MM. Bucquoy, Ch. Périer, Duplay.
Monbinne. — MM. Panas, Railliet, Lereboullet.
Perron. — MM. Empis, Laveran, Nocard.
Pourat. — MM. François-Franck, Malassez, Ranvier.
Saintour. — MM. Marc Sée, Landouzy, Blache, Mégnin, Ribemont-Dessaignes.
Stanski. — MM. Tillaux, Blanchard, Kelsch.
Vernois. — MM. Marty, Proust, Vallin.

A.F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 mars 1900. — PRÉSIDENCE DE M. TROISIER.

Leucocytémie à cellules mononucléaires.

M. LION signale trois cas de leucocytémie aiguë caractérisée par des leucocytes avec grands noyaux uniques et clairs, ce type de leucoytémie mononucléaire est analogue à la leucocytémie lymphatique décrite par Virchow. Les leucocytes à un seul noyau existaient dans la proportion de 92 à 99 pour 100 leucocytes de toute espèce. Les autres formes de leucocytes n'avaient pas participé à la prolifération. Dans deux cas la maladie a évolué avec lenteur et a duré trois ans et cinq ans.

M. FERNET demande si les malades observés par M. Lion n'avaient pas eu antérieurement des attaques de paludisme.

M. LION est persuadé que non.

M. VINCENT a observé un malade analogue à ceux cités par M. Lion. Les leucocytes mononucléaires étaient très abondants, les polynucléaires et les éosinophiles étaient rares. M. Vincent a fait des recherches soigneuses des monades et des bactéries décrites dans la leucocytémie, mais n'a rien obtenu. Il est néanmoins convaincu de l'origine bactérienne de cette maladie.

M. WIDAL a fait des recherches bactériologiques qui ont été négatives. Il croit que l'origine bactérienne de la maladie n'est pas une hypothèse admissible. Dans les affections, la leucocytose qui se manifeste est la polynucléose.

Bactériologie de la rougeole.

M. LESAGE communique à la Société ses recherches bactériologiques sur la rougeole. Du sang d'enfant atteint de rougeole fut introduit dans un sac de Roux et introduit dans le péritoine du lapin. Il découvrit la présence d'un microbe jusque-là inconnu. Le lapin est très sensible au microbe de la rougeole. Le mucus nasal de rougeole injecté sous la peau détermine le développement dans le sang du microcoque de la rougeole, tandis que les autres microbes restent localisés au point de la culture. Le mucus nasal de morbilleux introduit dans les narines d'un lapin détermine la mort du lapin au bout de sept jours. Jusqu'à cette époque, le lapin se met à maigrir, et de la diarrhée se manifeste. Après l'éruption de microcoque disparaît dans le sang et persiste encore très longtemps dans le mucus nasal. Dans les complications de la rougeole, la broncho-pneumonie, par exemple, on trouve le microcoque dans les muqueuses des bronches, le lapin inoculé isole le microbe. Dans les broncho-pneumonies tardives, on ne retrouve pas le micrococque. Ce microbe est un microcoque très fin, il présente certaine ressemblance avec le bacille de Pfeiffer, il se décolore par le Gramm. Le lapin est l'animal réactif par excellence. M. Lesage ne sait si on se trouve en présence du microbe de la rougeole, car on ne peut guère l'affirmer qu'en l'inoculant à un enfant, ce que l'on ne saurait faire. Il reste donc dans le doute.

Septicémie aiguë des nourrissons due au pneumocoque.

M. LESAGE a observé quinze cas environ de septicémie des nourrissons morts très rapidement avec fièvre et symptômes d'infections. L'examen des bronches permit de constater la présence du pneumocoque.

La convalescence des tuberculeux.

M. BARTH lit un rapport au sujet de la mesure interdisant l'envoi des tuberculeux dans les asiles nationaux de convalescents. Tout en reconnaissant le bien fondé de la mesure du ministre, M. Barth trouve qu'il serait indispensable de placer dans un pavillon spécial les malades atteints de bacilles. M. Barth croit qu'il est un péril bien plus dangereux auquel il faut remédier, c'est de mélanger des malades tuberculeux et des autres malades prédisposés par une maladie débilitante à la tuberculose. M. Barth croit qu'il faut hospitaliser les tuberculeux dens des salles spéciales sans pour cela les soumettre à une quarantaine, mais en même temps améliorer le régime alimentaire. Les tuberculeux avancés n'ont pas besoin de sanatoria mais ont besoin d'être accueillis dans des salles spéciales et de recevoir un traitement palliatif. J. N.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 14 mars 1900. — PRÉSIDENCE DE M. RICHELOT.

Emploi de l'eau oxygénée.

M. TERRIER rapporte une observation de M. PLUYETTE (de Marseille), concernant une gangrène gazeuse, traitée et guérie par des injections d'eau oxygénée. M. Terrier pense que dans tous les cas analogues où les microbes pathogènes sont surtout des anaérobies, l'eau oxygénée est indiquée et donnera de très bons résultats.

M. QUÉNU a eu l'occasion d'employer l'eau oxygénée dans un cas très instructif; ayant opéré un cancer du rectum dans des conditions très mauvaises, (malade nerveux, impressionable à tel point que l'établissement de l'anus iliaque préliminaire fut suivi d'accidents inquiétants, pouls 150, abattement extrême) cancer adhérent à droite, communiquant avec une cavité formée par un ganglion néoplasique et par son intermédiaire adhérent au squelette, il se produisit vers le troisième jour des escharres verdâtres, avec odeur de sphacèle et suintement séreux. Le malade fut dès lors pansé matin et soir avec des tampons imbibés d'eau oxygénée pour laisser en place pendant quinze à vingt minutes, et comme pansement on laissa des tampons imbibés d'une solution diluée. Grâce à ce traitement la guérison fut rapide, et M. Quénu attribue ces résultats à l'heureuse influence de l'eau oxygénée.

M. REYNIER, après avoir réclamé pour lui la priorité pour l'emploi de l'eau oxygénée, prétend que l'eau oxygénée pure lui a donné dans certains cas des accidents gangréneux, mais ni M. Quénu, ni M. Michaux n'ont jamais constaté ces accidents.

M. TERRIER fait remarquer que l'eau oxygénée a été employée pour la première fois par Baldy, dans le service du Dr Péan; d'autre part jamais il n'a eu à déplorer le moindre accident de sphacèle.

Traitement des kystes hydatiques (fin de la discussion).

M. DELBET après avoir adressé des remerciments à tous ses collègues de la Société de Chirurgie qui ont pris part à la discussion, la résume et en tire les conclusions suivantes.

Rejetant d'emblée la *ponction* comme inutile et dangereuse il reste trois procédés opératoires : la *marsupialisation*, la *réduction avec suture sans drainage*, le *capitonnage*.

La *marsupialisation* présente de grands inconvénients dont l'un des plus importants est la lenteur désespérante de la guérison, qui n'arrive qu'au bout d'un temps variable de trois mois à un an. Il reste une fistule interminable dont les écoulements sont la source d'irritations de téguments, de phénomènes douloureux et qui souvent ne se forment jamais.

La réduction sans drainage présente, d'après certains chirurgiens (Quénu), des inconvénients; elle est suivie parfois de transsudations à travers la paroi adventive, de sang ou de bile ; mais M. Delbet fait remarquer que ces écoulements sont, soit secondaires et alors dues à l'infection, soit primitifs et la suture du vaisseau ou du canalicule biliaire les arrête.

D'ailleurs, alors même qu'il se produit un épanchement qui suppure, des cas de M. Quénu, de M. Bazy prouvent qu'il n'y a point là de gravité réelle.

Le capitonnage est très souvent possible; il faut faire une longue incision, autant pour bien nettoyer la poche et ne point laisser de véhicule, que pour explorer les parois et voir s'il n'existe point de kyste voisin ; l'extirpation de la vésicule mère est généralement facile; dans les cas difficiles M. Delbet pense qu'il faut s'abstenir du grattage ou lavage au sublimé, le premier pouvant ouvrir des vaisseaux ou des canalicules biliaires, le second pouvant altérer le tissu hépatique.

M. Delbet pratique le capitonnage avec un aiguille à pédale, en réunissant les deux parois de la poche par des fils qui cheminent longuement dans la paroi; une fois la poche fermée, si la paroi est assez mince, on peut suturer les lèvres par des points de Lembert. Le capitonnage ne trouve de contre-indications sérieuses que dans la situation thoracique du kyste ou dans la calcification de la paroi, ce qui est fort rare.

SCHWARTZ.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 10 mars 1900. — PRÉSIDENCE DE M. RICHELOT.

La séance est ouverte à 4 h. 10.

Le procès-verbal de la dernière réunion est lu et adopté.

CORRESPONDANCE IMPRIMÉE. — Revues et journaux habituels : *I communi nella Lotta contro l'Alcoolismo*, conférence par le Pr Massalongo. — *Le Tabacco*, communication au conseil d'hygiène de Cône (Massalongo). — Comptes rendus des travaux de la Société de Médecine de Nancy. — Bibliographia medica, par M. Marcel Baudouin. — *La talalgie blennorrhagique*, par M. Henri Auguste Voisin.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE. — Lettre du Dr Widal (Edmond), posant sa candidature au titulariat (parrains, MM. Richelot et Beni-Barde). Lettre d'excuse du Dr Antonelli.

M. LE PRÉSIDENT annonce que le Dr Guilland (d'Aix-les-Bains), assiste à la séance et lui souhaite la bienvenue.

M. Henri FOURNIER lit son travail de candidature au titulariat : *Doit-on traiter les verrues?* Le rapport sera fait, par M. Monel et aura lieu à la prochaine séance. Commission : MM. Dubuc, Guépin et Monel, rapporteur.

M. TERRIEN lit son travail de candidature au titulariat : *De la kératite parenchymateuse comme manifestation primitive du zona ophtalmique.* Le travail est renvoyé a une commission composée de MM. Antonelli, Albert-Weil et Millée rapporteur.

M. PELLIER lit une note sur la nouvelle installation du laboratoire municipal de bactériologie : « Le 20 juillet 1895, j'annonçais à la Société de Médecine que le laboratoire de bactériologie dont nous avions demandé la fondation, fonctionnait dans une des dépendances de l'Hôtel-de-Ville, 2 rue Lobau. Depuis cette semaine le service a été transporté 1 *bis*, rue des Hospitalières-Saint-Gervais, dans un local qui renferme en même temps les laboratoires de micrographie et de l'analyse des eaux et de l'air de Montsouris, sous la direction de M. le Dr Miquel. A une prochaine séance j'apporterai une note complète sur le détail et le mouvement de cette fondation qui a justifié le succès que nous en espérions. »

M. BURET ne devant point être à Paris au moment du XIIIe Congrès de Médecine annonce que M. Mouzon veut bien le remplacer pour représenter la Société.

La Société se forme en comité secret.

La séance est levée à 5 h. 45.

Un des secrétaires annuels,
E. ALBERT-WEIL.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE.

Séance du 13 mars 1900. — PRÉSIDENCE DE M. le Pr GRANCHER.

M. NETTER fait une communication sur *le tubage après la rougeole*. Après avoir rappelé des travaux antérieurs sur la valeur relative du tubage et de la trachéotomie dans le croup rubéolique, il expose les résultats de son expérience personnelle, avec nombreux documents statistiques à l'appui. Il a évité, autant que possible, les interventions opératoires dans les cas de complications laryngées rubéoliques; mais, quand il a été forcé d'intervenir, il s'est adressé de préférence à la trachéotomie, et il en a obtenu des résultats satisfaisants, dans lesquels il faut faire une part à l'heureuse influence des injections de sérum. Il a vu, à un moment donné, de nombreux cas de mort après le tubage d'emblée fait systématiquement, et il a trouvé dans un certain nombre d'autopsies des ulcérations ou des abcès provoqués par le contact du tube. Plus tard, il a obtenu des résultats meilleurs avec la trachéotomie d'emblée. Ses conclusions peuvent, en substance, être résumées comme il suit : Le larynx des rubéoleux est particulièrement sensible, le contact du tube lui est dangereux, et il ne faut pas insister sur l'emploi du tubage dans ces cas. Il faut, d'ailleurs, éviter autant que possible les interventions opératoires dans les accidents laryngés rubéoliques. Pendant les premières périodes de la rougeole, la trachéotomie avec les injections de sérum vaut mieux que le tubage.

M. RICHARDIÈRE est d'accord avec M. Netter, relativement à la réserve extrême qu'il préconise à l'égard des interventions opératoires en cas d'accidents laryngés rubéoliques. Toutefois, il est des cas urgents où il faut agir sans retard, et alors il peut être embarrassant de faire un choix entre le tubage et la trachéotomie. Il y a lieu, en effet, de tenir compte de la question d'habitude, plus ou moins grande, que l'opérateur a de l'un ou de l'autre mode d'intervention. Mais il ne faut pas actuellement proscrire le tubage.

Un membre de la Société établit une distinction, au point de vue des inconvénients du tubage, entre les laryngites œdémateuses et les œdèmes sous-glottiques précoces, d'une part, et, d'autre part, les laryngites et croups de la fin ou du décours de la rougeole : dans le premier cas, le tubage est dangereux ; dans les autres, on peut y recourir avec moins de danger de le voir suivi d'accidents.

M. ROSENTHAL fait une communication très étendue sur « le retard de la séro-réaction dans la fièvre typhoïde infantile et l'utilité du fibrino-diagnostic ». Il cite un certain nombre de cas dans lesquels la séro-réaction a tardé à se produire jusqu'au vingt-troisième, au vingt-huitième jours, et plus, alors que la température était déjà retombée à la normale. Le fibrino-diagnostic donne, au contraire, des résultats immédiats, par la constatation de la formation, dans le sang examiné au microscope, d'un vaste réseau fibrineux, en général en rapport avec une augmentation du nombre des globules blancs. Or, ce fibrino-diagnostic est négatif en cas de fièvre typhoïde, et positif en cas de pneumonie ou d'affections inflammatoires. Il ne donne de résultats qu'en cas d'hésitation clinique entre une fièvre typhoïde et une affection phlegmasique, telle qu'une appendicite, entre autres; mais il est alors d'une grande utilité pour dissiper cette hésitation et fixer un diagnostic jusque-là resté douteux.

M. NETTER fait quelques objections et des réserves sur la valeur accordée par M. Rosenthal au fibrino-diagnostic.

M. BALTHAZARD présente une pince à fausses membranes et une canule spéciale à trachéotomie. Le pince est analogue à celle qui fait partie des boîtes de trachéotomie, mais elle est plus longue et d'une forme sensiblement différente, de façon à permettre d'aller atteindre plus loin dans la trachée les fausses membranes qui l'encombrent. La canule est spécialement agencée en vue de rendre possible l'usage de cette pince; cet agencement consiste en deux échancrures assez longues sur la partie supérieure et sur la partie inférieure de la canule externe, échancrures grâce auxquelles, après ablation préalable de la canule interne, la pince peut être introduite, malgré ses dimensions et sa forme, pour aller atteindre profondément les fausses membranes accumulées dans la trachée, au delà des points accessibles à la pince du modèle ordinaire ancien.

Ch.-H. PETIT-VENDOL.

REVUE DES MALADIES DE L'ENFANCE

Rédacteur spécial : M. le Dr PAUL-BONCOUR.

V. — De la transonnance de la poitrine dans les affections pleurales et pulmonaires des enfants ; par le Pr André MOUSSOUS, (*Revue des maladies de l'enfance*, Janvier 1899.)

V. — Le diagnostic de la pleurésie chez l'enfant est difficile, et cette difficulté est d'autant plus marquée que l'enfant est plus jeune. Les symptômes classiques manquent ou sont modifiés; enfin une pleurésie peut demeurer méconnue ou peut être confondue avec une congestion pulmonaire, une pneumonie ou une broncho-pneumonie. M. Moussous, persuadé qu'on doit utiliser tous les moyens d'arriver à éclairer le diagnostic, donne les résultats qu'il a obtenus par la transonnance de la poitrine. Etant établi que lorsque, entre le point percuté et le point ausculté, il existe une couche de tissu spongieux ou aréolaire, le bruit transonnant est assourdi ; étant aussi établi que ce son reste clair et argentin s'il y a entre les deux points une couche liquide, on arrive aux résultats suivants : 1° Quand le poumon est sain, le bruit transonnant est obscur, étouffé, sans timbre métallique; 2° Toutes les fois qu'un épanchement liquide séreux ou purulent s'est formé dans la cavité pleurale libre d'adhérences, le bruit se perçoit

avec netteté. Chez les enfants, les résultats sont les mêmes, mais la percussion doit être faite avec douceur et on doit toujours avoir la précaution de boucher l'oreille qui n'ausculte pas. M. Moussous a recherché le signe du son chez des enfants et il a en même temps fait des expériences sur le cadavre en pratiquant des épanchements artificiels. Voici ses conclusions résumées : chez l'enfant, les résultats sont les mêmes que chez l'adulte, mais la constance est moins grande, ou du moins si le bruit transonnant est toujours mieux perçu du côté de l'épanchement que de l'autre côté, le timbre argentin n'est pas toujours conservé dans toute sa pureté. Cette anomalie dépend des adhérences pleurales ou de la saillie du diaphragme qui, en bombant par suite du météorisme abdominal, ne permet pas à la masse liquide de s'étaler uniformément. Ce signe permet de trancher un diagnostic indécis entre une pleurésie et une spléno-pneumonie. C'est un signe dont il est bon de se souvenir, car, en raison des difficultés qui existent fréquemment pour asseoir solidement un diagnostic de pleurésie chez un enfant, tous les phénomènes symptomatiques doivent être recherchés. Comme chez un enfant on trouve rarement un signe certain, il faut arriver à la certitude par un ensemble de caractères, et on a toujours raison de signaler à l'attention des médecins ceux qui semblent délaissés ou peu connus.

VI. — Des déformations du thorax et des troubles respiratoires, en particulier dans les scolioses; par FABRE, (Jouve et Boyer, 1899).

VI. — Cette thèse continue une série de travaux inspirés par le Dr Redard, chirurgien en chef du dispensaire Furtado-Heine, et sur lesquels nous avons à plusieurs reprises insisté en analysant les différents ouvrages de ses élèves. Aujourd'hui il s'agit d'une étude complète de toutes les variétés de déformations thoraciques et plus particulièrement de celles qui naissent à la suite des scolioses. Après deux chapitres consacrés à l'étude anatomique et physiologique du thorax, viennent trois chapitres extrêmement instructifs sur les déformations du thorax en général, sur les déformations consécutives aux déviations rachidiennes, et enfin sur les troubles respiratoires dans les scolioses. Avant de signaler les conclusions de ce travail, disons qu'il est fait consciencieusement, que les cas sont observés avec soin, les dimensions thoraciques nettement établies par une série de mensurations très complètes. Toutes les observations ont été recueillies dans le service du Dr Redard.

Il existe deux classes de difformités du thorax : les d. congénitales et les d. acquises. Les premières, difficiles à expliquer, sont le plus fréquemment un thorax en entonnoir et un thorax en gouttière. Les difformités acquises sont fréquentes et variables. Elles naissent sous l'influence du rachitisme et des obstructions nasales. Certaines professions, certaines affections du cœur ou du poumon peuvent aussi les engendrer. Une déviation rachidienne change toujours la forme du thorax, mais les scolioses sont particulièrement remarquables. Le thorax est asymétrique ; il présente, sur une coupe, un ellipsoïde allongé avec axe oblique, cette obliquité étant déterminée par la direction de la déviation rachidienne. Les modifications de situation du sternum, du diamètre sterno-vertébral, celles des diamètres diagonaux sont décrites avec soin. Cette description est facile à suivre avec les schémas accompagnant l'observation de chaque malade et auxquels on doit se reporter. Naturellement, la respiration est gênée; d'abord peu intense, l'affection pulmonaire ne tarde pas à s'accentuer, puis des complications cardiaques surviennent et la mort peut se faire en asystolie. Ce qu'il y a de particulier dans ces complications, c'est leur précocité et leur existence alors que la déviation vertébrale est à peine accusée. Il est vrai (et cela ne pouvait être reconnu que par une analyse exacte des cages thoraciques) que, dès le début de la scoliose, il y a, entre les deux moitiés de la cage, un défaut de symétrie, bien que la courbe du thorax semble régulière. C'est là un fait qui n'avait jamais été bien dégagé dans la pathogénie de ces affections.

VII. — Recherches anthropologiques sur un millier d'enfants blancs et de couleur des deux sexes; par HRDLICKA, 1899. (New-York.)

VII. — Les recherches ont été faites en partie sur les enfants occupant à New-York, le « Juvenile Asylum », le relevé offre de la précision et des mensurations nombreuses ont été prises. On peut en juger: hauteur debout, hauteur assise, largeur, développement des bras, poids, circonférence thoracique, diamètres craniens. Toutes les mesures sont comparées suivant l'âge, le sexe, la couleur. Les différences physiques sont notées. Les déformations entrent en ligne de compte. Un chapitre traite spécialement des enfants vicieux et criminels ; leur origine et leurs antécédents font l'objet d'un autre chapitre.

Un ouvrage semblable est impossible à analyser car son intérêt consiste surtout dans les chiffres nombreux qui sont rapportés. Et c'est seulement lorsqu'on a les tableaux sous les yeux, qu'on peut s'intéresser aux considérations générales auxquels l'examen des enfants a donné lieu. En tout cas c'est là un recueil précieux, au point de vue anthropologique, comme au point de vue médical et au point de vue physiologique on pourra fréquemment s'y reporter et comparer des recherches analogues faites dans un autre pays.

VIII. — Le suicide chez l'enfant et l'adolescent; par le Dr PÉRIER (*Annales de médecine et de chirurgie infantiles*, 15 novembre 1899.)

VIII. — A propos d'un cas dont il a été témoin, M. Périer se livre aux réflexions qui suivent sur les causes, la fréquence et la prophylaxie du suicido chez l'enfant, et plus particulièrement chez l'adolescent. L'exemple qu'il décrit longuement, montre que les mobiles du suicide furent insignifiants ; mais la jeune fille était en proie à la mélancolie, son tempérament était maladif; l'éloignement de ses parents lui avait toujours été pénible, aussi dans un paroxysme inexplicable elle s'est jetée par la fenêtre ; c'est un des genres de suicide le plus fréquemment choisi par les jeunes filles; les garçons se pendent surtout. En résumé il faut se méfier des suicides à propos desquels la famille n'a rien pu prévoir. « Si en général les causes des suicides sont mal élucidées, c'est que les familles ne les connaissent pas, où qu'elles désirent ne pas les révéler. » En dehors des causes délirantes et du mal épileptique, il faut tenir compte du terrain de dégénérescence. Chez les petits dégénérés l'impulsion au suicide peut naître à la suite d'états physiologiques, tels que la menstruation, le surmenage, les fatigues. Ces causes futiles peuvent avoir un résultat grave ; une contrariété, la peur du châtiment, un insuccès scolaire par exemple.

On s'étonne parfois qu'un enfant présente une énergie suffisante pour se détruire. C'est précisément un des caractères du suicide à cet âge de se produire avec rapidité. Il est caractérisé par les faits suivants : 1° la détermination est instantanée ; 2° aucune réflexion ne met un frein à l'obsession ; 3° l'exécution se fait avec un sang-froid et une énergie étonnants.

Toutes ses considérations expliquent bien la fréquence des suicides : une cause légère fait naître l'impulsion et l'acte s'accomplit rapidement, et même brusquement. Le Dr Périer discute tous ces faits et rapproche les cas qui lui sont personnels, de ceux qu'il rencontre dans la littérature médicale. Il termine enfin, en donnant le moyen d'arrêter cette fréquence sans cesse croissante des suicides chez les enfants. Il faut savoir discerner les symptômes de l'obsession et de l'impulsion au suicide. Il faut tenir le plus grand compte des menaces que fera un enfant de se donner la mort, surtout quand il s'agit d'un sujet triste, mélancolique. Il y a lieu de distinguer ces cas sérieux, de ceux où on se trouve en présence d'une petite hystérique cherchant à effrayer son entourage. Enfin, un soin tout spécial devra être mis à chercher les tares héréditaires. Ces phénomènes étant connus, on pourra agir en conséquence, isoler le malade, le distraire, le surveiller, le mettre dans des conditions morales et hygiéniques susceptibles de contrebalancer l'impulsion maladive.

IX. — Croissance des enfants. Difformités causées par l'habillement; par NOBLE SMITH. (Londres, 1899.)

IX. — L'auteur est persuadé que si la nature n'était pas contrariée durant la période de croissance les enfants en retireraient un notable bénéfice. Il y a des difformités congénitales, mais leur nombre n'est rien auprès des difformités acquises. Les maladies en produisent, mais beaucoup d'autres viennent du peu de soin qu'on met à surveiller la croissance et les résultats satisfaisants sont dus, non pas à la puissance de la nature,

mais à ce qu'elle a pu triompher des difficultés qu'elle a rencontrées. Si les méthodes physiques reçoivent une grande impulsion, il faut mettre aussi les enfants en état d'en recevoir les bons effets. On croit généralement qu'il existe peu de difformités; c'est une maxime toute faite et facilement acceptée; aussitôt qu'on fait des relevés sérieux on arrive à des proportions considérables de malformations. L'auteur en étudie les causes; il attache une importance considérable au peu de développement de la poitrine. C'est ce qui fait réformer les militaires et il serait cependant facile de l'éviter. A la suite de ces difformités il y a des troubles qui peuvent se produire dans la capacité respiratoire et, par conséquent, dans la respiration. Après ces considérations générales Noble Smith étudie l'influence des vêtements mal faits. Il passe en revue des difformités causées par les ceintures et les corsets. En un mot, tout est étudié, depuis le col jusqu'aux chaussures. On retrouve là le soin constant des Anglais à soigner l'état physique de leurs enfants. On les a souvent plaisantés de leur manie de sports; malgré tout, les médecins de ce pays sont pénétrés de ce principe que leur rôle ne se borne pas à soigner les maladies, mais qu'ils doivent les prévenir. Chaque médecin se double d'un hygiéniste en théorie et surtout en pratique.

CORRESPONDANCE

A propos de la sinuscopie directe de l'antre d'Highmore.

Mon cher Directeur,

Dans un article paru dans le dernier numéro du *Progrès Médical* (p. 150-151), et émanant de la *Société de Médecine de Paris*, sur la *sinuscopie vraie pour préciser les médications opératoires dans les affections du sinus de la face*, le Dr Suarez dit publier, pour prendre date, cette note dans laquelle il indique avoir mis à contribution la sinuscopie vraie, en se servant d'appareils analogues à ceux employés pour l'uréthroscopie.

La sinuscopie vraie remonte cependant à une dizaine d'années. Nous savons que plusieurs de nos confrères l'ont employée depuis longtemps. Pour notre part, nous l'avons montrée maintes fois depuis 1891, aux personnes qui fréquentent notre clinique, entre autres au Dr Wagner, en 1894, à son retour du Congrès des naturalistes et médecins allemands tenu à Vienne, où il venait de faire une communication sur ce sujet.

Notre lampe (2-4 volts) qui a été d'abord construite par M. Séguy, puis par M. Gaiffe, est fixée à deux fils qui se montent sur le manche du galvano-cautère; et nous avons fait faire par M. Smel une mèche s'adaptant au tour des dentistes, à l'époque où n'existaient pas encore les moteurs électriques, c'est-à-dire antérieurement à 1893-1894, de manière à pouvoir introduire facilement dans la perforation alvéolaire cette lampe qui avait un diamètre de 4 à 5 millimètres (1). Le Dr J.-H. Bryan (2) s'est également servi de l'endoscope pour inspecter la cavité du sinus maxillaire. Le Dr H.-L. Wagner (3) a donné le résultat de ses recherches au moyen de l'endossage, c'est ainsi, dit-il, qu'il a constaté la présence d'un tube à drainage dans l'antre, qu'il a pu localiser un polype près de l'hiatus semilunaire, qu'il a pu voir, dans quelques cas, une série de cloisons osseuses déterminant une rétention purulente qu'il a diagnostiquée un angiome de l'antre pendant une hémorragie abondante et qu'enfin il s'est servi de ce procédé pour nettoyer la cavité avec une curette coudée.

Peu après, notre confrère présentait son antroscope et en indiquait son utilisation dans les maladies de l'antre (4).

Cet instrument destiné à être introduit dans l'antre, à travers l'ouverture alvéolaire, a l'avantage de pouvoir se mouvoir dans toutes les directions autour d'un axe et de permettre d'explorer toutes les parties de la cavité. L'éclairage est fourni par le panélectroscope de Reiniger. Nous devons ajouter que ce moyen d'éclairage est inutile pour établir si l'on doit ou non faire le curettage du sinus, la ponction nasale, l'injection, la marche de la maladie nous fournissent des indications suffisantes, et nous croyons qu'une ouverture alvéolaire, dans ces cas, ne fait que compliquer l'opération, si encore elle n'occasionne pas une infection du sinus.

Bien à vous. J. BARATOUX.

HYGIÈNE

Les modes de destruction des ordures ménagères,
Par M. **Paul VINCEY** (1).

Le service de l'enlèvement des gadoues est un service public. Tous les cinq ans la Ville de Paris met ce service en adjudication. Ne sont admis à soumissionner que ceux-là qui ont justifié des moyens matériels capables d'assurer le service. L'unité territoriale correspond juste à l'arrondissement.

Les cinq années expiraient le 15 juillet 1899. A ce moment, on a émis le vœu, pour permettre aux cultivateurs de la banlieue de soumissionner, de ramener le lotissement à l'unité de quartier, c'est-à-dire à quatre-vingts lots au lieu de vingt. Par suite de circonstances particulières, il est arrivé que presque personne n'est venu à l'adjudication (à peine douze agriculteurs) et qu'on a dû recourir au traité, par voie amiable, avec des entrepreneurs particuliers. Le prix d'enlèvement qui était de 3 fr. 86 par tonne, soit 2 fr. 16 le mètre cube, a été augmenté et a donné 5 fr. 20 de la tonne en moyenne; au total, au lieu de 2.200.000 francs par an, la Ville de Paris doit maintenant dépenser 3.150.000 francs, soit une augmentation de près de 1.000.000.

A la suite de cette augmentation de dépenses, la question de l'incinération des gadoues est revenue sur le tapis. Quelques-uns pensaient que cette modification, dans le traitement des ordures, apporterait pour l'avenir une sécurité à la Ville contre l'accroissement progressif des dépenses. Des projets, dans ce sens, ont été établis, malgré le vœu de la commission municipale, qui voulait réserver les gadoues à l'agriculture. Le promoteur d'une de ces idées, disait : « Nous ne compromettrons pas les intérêts de l'agriculture, car les cendres des gadoues incinérées contiendront l'acide phosphorique et la potasse qui trouveront leur emploi. »

L'analyse chimique du sol a établi que très ordinairement ces sels de banlieue sont fort riches en acide phosphorique et en potasse. C'est ainsi qu'un kilogramme de terre contient plus de 2 à 3 grammes d'acide phosphorique. La potasse s'y rencontre de même par près de 3 grammes en moyenne.

On admettra, dans ce cas, que l'apport d'engrais phosphaté et potassique, ne peut avoir qu'un effet très limité sur l'accroissement des récoltes, si ces terres sont riches en acide phosphorique et en potasse, elles ne sont pas plus riches en azote et en humus que les autres terres de France. Or, les gadoues leur apportent ces deux éléments qui leur manquent. Donc, si on incinérait les gadoues, on arriverait à ce résultat de priver les terres de la banlieue parisienne de l'humus et de l'azote dont elles ont besoin, pour leur donner de l'acide phosphorique dont elles ont généralement assez.

Si on incinérait les gadoues de la grande Ville, pour assurer la conservation de la fertilité des terres de banlieue, on serait contraint d'y consacrer une certaine étendue à la culture fourragère pour la production du fumier de ferme.

Au point de vue de l'approvisionnement parisien, ce serait donc un progrès à rebours. Nous avons été inquiets de ces

(1) On peut également s'en servir pour explorer le sinus maxillaire, après son ouverture par la paroi nasale.

(2) Bryan (J.-H.). Chirurgie du sinus maxillaire. Congrès des méd. et chirg. amér. tenu à Washington, du 27 mai au 1er juin 1894. *Revue int. e Rhin.* 1895, p. 155.

(3) H.-L. Wagner. — Value of antroscopy (Endoscopy of the antrum of Highmore. Journ. am. med. ass., 1894, sept. 29.) *Centralb. fur Laryngologie*, Berlin, Aug., 1895, n° 14, s. 765.

(4) Ueber die Verwerthung der Antroscopes bei Erkankunger der Highmorshœhle. Démonstration Antroscope, LXVI. Versammlung deutsch. Naturf. und. Aerzte in wien, 23-30 sept. 1894. *Mon. fur ohi. Berlin*, 1894, XXVIII, 10, 338. *Annales des maladies de l'oreille, etc.*, Paris. 1895, XX, 12, 1269. *Revue intern. de Rhinologie*, Paris. V. n° 23 p. 275. *Revue de Laryngologie*, Bordeaux, 1895, XVI. 2, p. 111. *Journ. of. Laryngol.*, London, 1895, IX, 1, 71.

(1) Communication à la *Société de Médecine publique et d'hygiène professionnelte* (séance du 28 février 1900).

projets qui semblent justifiés aux yeux des promoteurs parce que les adjudications avaient mal réussi.

Avec le lotissement quelconque, en admettant l'incinération, d'après les projets soumis, la Ville de Paris paierait par tonne pour l'enlèvement 5 fr. 20 plus 2 francs par tonne pour l'incinération, ce qui porterait la dépense à 7 fr. 20 par tonne pour le moins. Dans ce prix encore, ne sont pas comprises les dépenses en régie de la collecte, supportées directement par la Ville. Ces dépenses de régie, les mêmes pour tous les systèmes sont encore de 1 fr. 50 par tonne de gadoue. Pour les 100.000 tonnes enlevées par année, une somme de 4.500.000 francs, rien qu'à l'entreprise, devrait être supportée par la Ville de Paris. Le remède n'est pas avantageux au point de vue de l'économie.

Pour le côté hygiénique la création de fours, leur fonctionnement et les dépôts d'ordures qu'elle nécessiterait, serait très insalubre pour le voisinage de ses usines, si ces usines d'incinération étaient établies à Paris ou dans sa banlieue surburbaine, elles créeraient l'infection. Si on les établissait fort loin de Paris, en plein champ, alors à quoi bon détruire par le feu un engrais qui ne gênerait plus personne et que l'agriculture a tant d'intérêt à conserver? J'ai recherché le moyen, suivant l'avis si judicieux du comité consultatif d'hygiène, de débarrasser Paris des ordures ménagères par des moyens rapides, hygiéniques, propres et économiques, sans en priver l'agriculture et j'ai songé à utiliser pour cela les voies des tramways de pénétration dans Paris.

On sait que le département a autorisé la création d'environ vingt-sept lignes de pénétration de tramways. On pourrait utiliser ces tramways pendant le temps où ils sont libres de minuit et demi à six heures du matin, pour l'enlèvement des ordures et les transporter à 8 ou 10 kilomètres des murs vers la double voie terrestre et ferrée de la Ceinture. Les fumiers, les vidanges, tous les *excréta* de la ville pourraient prendre le même chemin, aux mêmes heures et les tramways pourraient aussi, à l'aller, amener les produits des cultures de la banlieue et approvisionner ainsi partiellement les Halles centrales de Paris. Pour cette raison il faudrait que l'heure de la collecte des ordures ménagères fût modifiée et que la cueillette nocturne remplaçât la collecte diurne.

Dans ce but, nous avons pensé qu'il fallait diviser Paris en trois zones concentriques. La première, des fortifications aux boulevards extérieurs; la deuxième, des boulevards extérieurs aux grands boulevards et la troisième, des grands boulevards au centre, et que la collecte y fût faite de dix heures du soir à cinq heures et demie du matin. Pour la première zone, elle aurait lieu de dix heures à minuit et demi. Pour la deuxième de minuit et demi à trois heures et pour la dernière de trois heures à cinq heures et demie, à raison de 6 mètres cubes par voiture, soit 3 tonnes 5.

Avec les 1.000 kilomètres de rues et à raison de 3 mètres cubes par kilomètre, les voitures n'auraient en moyenne que 2 kilomètres d'itinéraire de collecte à faire sur rue pour venir se rassembler par quatre sur les voies de tramways et former ainsi les trains d'évacuation mécanique. Chacun de ces trains d'évacuation, vers les dépôts en pleine campagne agricole, emmènerait nuitamment 15 tonnes d'ordures, soit 25 mètres cubes.

Ici, se pose une question, comment s'effectuera la transformation de la voiture de collecte de rues en wagon d'évacuation sur rails? Il y a, à Bruxelles, une voiture qu'on appelle vulgairement la voiture à *cinq pattes*. Cette voiture possède 4 roues plates de roulement à la voie des rails. Au moyen de 2 roues supplémentaires et mobiles de direction du côté droit, commandées par un levier, qui les fait se lever et s'abaisser à volonté pour emprunter la gorge des rails. Cette voiture parcourt un itinéraire sur rails, pour un tronçon, et sur route, pour le reste. On peut facilement concevoir des wagonnets semblables et bas de 6 mètres cubes de contenance; par la traction des chevaux, les faire servir comme camions de collecte sur rue; les grouper ensuite par quatre ou cinq sur rails; les évacuer enfin au moyen de locomotives. De ce fait on peut réaliser de grosses économies sur le travail des chevaux et des employés de la collecte et de l'évacuation. La Société est saisie la première de ce sujet qui, comme vous le voyez, se présente au point de vue hygiénique, agricole et financier et qui comporte pour me résumer : la collecte nocturne, l'évacuation nocturne, mécanique par les voies des tramways de pénétration, la conservation des gadoues pour l'agriculture par la formation de dépôts au loin dans la banlieue, à 8 kilomètres en moyenne des murs de Paris, vers la double voie terrestre et ferrée de la grande ceinture.

C'est de quelques-uns de ces dépôts ruraux, pourvus de voies de chemin de fer de raccordement avec la grande ceinture, que s'écoulerait, sur les cinq grands réseaux ferrés, le tiers des gadoues de Paris, utilisé par la culture, à de plus grandes distances de la capitale.

Pour ce qui est de l'évacuation des gadoues par chemins de fer, on supprimerait ainsi, par le chargement aux dépôts ruraux, des trains complets, les si nombreux inconvénients pour la salubrité que présente actuellement l'embarquement dans des gares très fréquentées, vers les fortifications mêmes de Paris. Tous les produits de l'assainissement quels qu'ils soient, sont gênants, pour la salubrité. On ne peut pas les supprimer comme par enchantement. Alors il faut rechercher les moyens de les rendre moins gênants. Nos dépôts ne seraient pas exactement le long de la voie de ceinture. Au moyen de voies de raccordement avec les lignes des tramways suburbains, les gadoues seraient transportées loin des habitations, dans des endroits où elles n'offriraient plus que le minimum d'inconvénients. Au point de vue du tirage, par les agents du déchargement et du chiffonnage dans les dépôts, le service serait sérieusement exécuté. Il débarasserait ainsi l'agriculture des matériaux incommodants et étrangers à la fertilisation, que contiennent les gadoues lors de la collecte dans Paris. Quant à la richesse en engrais, les analyses faites par MM. Schlœsing, Muntz, Girard, etc., ont montré que la valeur agricole des gadoues est assez voisine de celle du fumier de ferme ordinaire.

VARIA

Bizarrerie administrative.

Le vaudevilliste le plus en verve ne saurait imaginer de situations aussi grotesques, d'incidents aussi comiques que n'en offre la réalité dans le fonctionnement administratif.

Ces incidents sont si nombreux que le public en est blasé et qu'il finit par contempler, sans rire, les comédies quotidiennes que lui offrent les ad-mi-nis-tra-ti-ons. Il en est cependant qui dépassent tellement les bornes, qu'on ne saurait résister au plaisir de les raconter, surtout quand on les a de ses yeux vues.

La Ville de Paris possède non loin du Jardin-des-Plantes un immeuble qui attend une démolition prochaine pour faire place à de nouvelles écoles. Cet immeuble, en un état d'abandon et de malpropreté inouïs, est peuplé d'indigents et de nécessiteux qui sont venus s'y abriter provisoirement, espérant trouver dans la Ville la plus accommodante des propriétaires. Parmi ces locataires, deux pauvres vieux septuagénaires, perclus de rhumatisme, de catarrhe et d'emphysème végètent aux dépens du Bureau de Bienfaisance de l'arrondissement. De temps à autre, un secours de loyer vient payer un terme arriéré; parfois cependant, le secours est insuffisant, et c'est le cas de l'heure présente. Le loyer fut donc impayé. Ces braves gens, vivant aux dépens de la Ville de Paris, croyaient dans leur simple bon sens qu'on les laisserait vieillir et mourir en paix dans leur taudis municipal. Erreur! Après quelques sommations, restées sans effet et pour cause, est survenu le papier timbré : l'huissier de la Ville est venu instrumenter. Les pauvres locataires en sont réduits à demander à la *Ville-Assistance*, un secours pour contenter la *Ville-Propriétaire*, et la première incarnation de Paris devra s'exécuter en faveur de la seconde.

Cette nouvelle édition de Maître Jacques serait seulement piquante, s'il ne s'y greffait le papier timbré d'un beau bleu ardoisé et dont la dernière ligne porte : Coût ..., etc.

Si la Ville-Propriétaire rentre dans ses fonds, grâce à la Ville-Assistance, il y aura cependant la Ville tout-court qui

devra payer le coût imprévu de Maître son huissier. Mais le contribuable parisien est patient et, en mouton bien dressé, il se laisse docilement tondre. Il n'a guère le droit de s'en plaindre, car, électeur, il a soin d'écarter ceux qui réclament une administration et plus humaine et plus économique. J. NOIR.

Concours d'admissibilité aux emplois des médecins-adjoints des asiles publics d'aliénés.

Un concours pour l'admissibilité aux emplois de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés aura lieu le 21 mai 1900. Le concours sera régional : il y aura quatre régions.

Dans la première région, le concours aura lieu alternativement à Lille et à Nancy. En 1900, il aura lieu à Lille; dans la deuxième, à Paris; dans la troisième, à Lyon; dans la quatrième, alternativement à Montpellier, Bordeaux et Toulouse. En 1900, il aura lieu à Montpellier. Le nombre des places mises au concours est de douze, réparties ainsi qu'il suit, entre les régions indiquées ci-après, savoir : région de Paris, 5 places ; région du Nord, 3 places ; région de l'Est, 2 places; région du Midi, 2 places.

Voici la répartition des départements entre les quatre régions établies pour le concours :

Région de Paris. — Calvados, Cher, Côtes-du-Nord, Deux-Sèvres, Eure, Eure-et-Loir, Finistère, Ille-et-Vilaine, Indre, Indre-et-Loire, Loir-et-Cher, Loire-Inférieure, Loiret, Manche, Maine-et-Loire, Mayenne, Morbihan, Oise, Orne, Sarthe, Seine, Seine-Inférieure, Seine-et-Marne, Seine-et-Oise, Vendée, Vienne.

Région du Nord. — Aisne, Ardennes, Aube, Belfort, Doubs, Marne, Haute-Marne, Meurthe-et-Moselle, Meuse, Nord, Pas-de-Calais, Haute-Saône, Somme, Vosges.

Région de l'Est. — Ain, Allier, Hautes-Alpes, Ardèche, Côte-d'Or, Drôme, Isère, Jura, Loire, Haute-Loire, Nièvre, Puy-de-Dôme, Rhône, Saône-et-Loire, Savoie, Haute-Savoie, Yonne.

Région du Midi. — Ariège, Basses-Alpes, Alpes-Maritimes, Aude, Aveyron, Bouches-du-Rhône, Cantal, Charente, Charente-Inférieure, Corrèze, Corse, Creuse, Dordogne, Gard, Haute-Garonne, Gers, Gironde, Hérault, Landes, Lot, Lot-et-Garonne, Lozère, Basses-Pyrénées, Hautes-Pyrénées, Pyrénées-Orientales, Tarn, Tarn-et-Garonne, Var, Vaucluse, Haute-Vienne, Algérie.

Les demandes et les titres devront être envoyés au Ministère de l'Intérieur, direction de l'assistance et de l'hygiène publique, 1er bureau, quinze jours avant la date fixée pour l'ouverture du concours, en désignant la région où l'on désirera concourir. Les chefs de clinique et les internes des hôpitaux nommés par la voie du concours sont assimilés aux internes des asiles d'aliénés, et admis à prendre part au concours dans les mêmes conditions.

D'après l'article 8 de l'arrêté du 18 juillet 1888, le chef de clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale à la Faculté de Médecine de Paris, est dispensé du concours.

Il se trouvera dans les mêmes conditions pour être nommé médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés que les candidats admissibles. Mais il ne peut occuper un des postes vacants qu'après l'épuisement complet de la liste des candidats ayant concouru avant sa nomination au clinicat.

Prix décernés par la Faculté pour l'année 1899.

Prix Barbier (2.000 francs). — Le prix, avec une somme de 1.000 francs, est décerné à M. le Dr Albarran, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Il est accordé, à titre d'encouragement, 500 francs à M. Rémy et 500 francs à M. Carvalho.

Prix Chateauvillard (2 000 francs). — Le prix est partagé ainsi qu'il suit : 1° 1.000 fr. à M. le Dr H. de Rothschild (de Paris), pour son ouvrage intitulé : L'allaitement mixte et l'allaitement artificiel; 2° 500 francs à M. le Dr Lévi-Sirugue (de Paris), pour sa thèse intitulée : Etude anatomo-pathologique et expérimentale de la tuberculose péritonéale; 3° 500 francs à M. le Dr Stéphen Artault (de Paris) pour son travail sur la flore et la faune des cavernes pulmonaires.

Prix Montyon (700 francs). — Le prix est partagé ainsi qu'il suit : 1° 500 francs à M. Girard et M. le Dr Bordas (de Paris), pour leur mémoire fait en collaboration sur la fièvre typhoïde; 2° 200 francs à M. le Dr Hébert, pour son mémoire intitulé : La population du cap Sizun.

Prix Jeunesse (hygiène) (1.500 francs). — Le prix est partagé ainsi qu'il suit : 1° 500 francs à M. H. de Brun, professeur à la Faculté française de médecine de Beyrouth, pour son travail portant pour titre : L'organisation sanitaire de l'empire ottoman et la défense de l'Europe contre la peste et le choléra ; 2° 500 francs à M. Bonjean (de Paris), pour son mémoire sur le bacille pyocyanique dans les eaux d'alimentation; 3° 300 francs à M. le Dr E. Mauchamp pour sa thèse sur L'allaitement artificiel des nourrissons par le lait stérilisé; 4° 200 francs à M. le Dr Patay (de Rennes), pour son mémoire sur La Société de charité maternelle de Rennes.

Une mention honorable est accordée à M. le Dr Alex. Henrot.

Prix Jeunesse (histologie) (750 francs). — Le prix est partagé ainsi qu'il suit : 1° 250 francs à M. le Dr Branca (de Paris), pour son mémoire intitulé : Recherches sur la trachée et sa cicatrisation ; 2° 250 francs à MM. les Drs F. Bezançon et Labbé (de Paris), pour leur Etude sur le mode de réaction et le rôle des ganglions lymphatiques dans les infections expérimentales; 3° 250 francs à M. Manouelian pour son Etude du système nerveux par la méthode de Golgi.

Prix Saintour (3.000 francs). — De l'insuffisance hépatique. Le prix est partagé de la manière suivante : 2 000 francs à M. le Dr Gouget (de Paris), et 1.000 francs à MM. Castaigne et Bender, internes des hôpitaux de Paris. — Une mention très honorable a été accordée à M. C. Bacaloglu, interne des hôpitaux de Paris.

Thèses récompensées pour l'année 1899.

Médailles d'argent. — MM. Branca, Delamare, Fauvelle, Glaize, Lardennois, Nouchet, Nobécourt, Pasteau, Rogues de Fursac, Sainton, Wiart.

Médailles de bronze. — MM. Arnoux, P.-R. Bernard, Bigeard, Cestan, P.-Ch.-G. Charpentier, Cottet, de Lacroix de Lavallette, Delmond-Bebet, Fredet, Got, J.-B.-L. Guillemot, Haury, Mlle Lascoronsky, MM. Latteux, Leduc, Leprince, Long, Salles, Seringe.

Mentions honorables. — MM. Auclair, Bize, Bousquet, A. Charpentier, Chauveau, Constantinesco, Coville, Estrabaut, Faure, Hélouin, Ignard, Lefèvre, Martinet, J.-H. Mathieu, Morfaux, Riche, Robin, Rubinrot, Schultz, F.-M.-F. Tardif, Terrien, Vouzelle.

Congrès international de médecine professionnelle et de déontologie médicale.

Le Comité du Congrès international de médecine professionnelle et de déontologie médicale, qui se tiendra à Paris, du 23 au 28 juillet, a l'honneur de porter à la connaissance du corps médical ce qui suit :

Une réduction de 50 0/0 sur les chemins de fer français et de 39 0/0 sur la Compagnie transatlantique sera accordée à tous les adhérents au Congrès, qui auront versé leur cotisation avant le 20 juin 1900.

Les pièces nécessaires pour obtenir cette réduction seront adressées en même temps que la carte de membre du Congrès, etc., etc. La durée de validité du billet de chemin de fer sera de un mois, du 20 juillet au 20 août.

En ce qui concerne les logements à Paris, le Comité s'est préoccupé d'obtenir de différentes agences des conditions spéciales. Des circulaires très explicites et documentées, relatives aux propositions de ces agences, sont actuellement entre les mains des présidents et secrétaires des Comités de patronage français et des Comités nationaux étrangers auxquels les congressistes, désireux d'avoir à ce sujet des détails, peuvent dès maintenant s'adresser.

Pour adhérer au Congrès, envoyer la cotisation de 15 francs (membres titulaires) ou de 10 francs (membres participants) et sa carte de visite au trésorier du Congrès : M. Pierre Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Prix de la Société médico-psychologique (1901).

Prix Belhomme. — 900 francs. — Question : *Du délire chez l'idiot et l'imbécile, à l'exclusion des arriérés.*

Prix Esquirol. — Ce prix, continué par la Société médico-psychologique, d'une valeur de 200 francs, plus les œuvres de Baillarger, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

Prix Moreau (de Tours). — 200 francs. — Ce prix sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues en 1899 et 1900 devant les Facultés de Médecine de France sur un sujet de pathologie mentale et nerveuse.

Les mémoires manuscrits ou imprimés pour les prix à décerner en 1901, devront être déposés le 31 décembre 1900 chez

M. ANT. RITTI, médecin de la Maison nationale de Charenton, secrétaire général de la Société médico-psychologique. Les mémoires manuscrits devront être inédits et pourront être signés; ceux qui ne sont pas signés, devront être accompagnés d'un pli cacheté avec devise, contenant les noms et adresses des auteurs.

Eau de source : Protection.

Certaines municipalités s'étonnent, après avoir dépensé des sommes plus ou moins considérables pour avoir une eau potable de bonne qualité, de voir se produire des maladies infectieuses dans leur commune. Cela tient souvent à ce que les environs de la source, le captage, la canalisation ne sont pas suffisamment protégées contre toute contamination.

Par exemple, les sources qui alimentent Chatel-Guyon, sortant du granit, sont d'excellente qualité, mais leur drainage est à ciel ouvert jusqu'au collecteur sur une longueur d'une cinquantaine de mètres. Durant ce trajet, les eaux de sources reçoivent des décoctions de matières végétales et d'insectes, et sont exposées à être gravement polluées. D'où la nécessité de ne jamais avoir de canalisations à ciel ouvert. C'est aux conseils d'hygiène, consultés sur les projets d'amenée d'eau de sources, qu'il appartient de prescrire les précautions nécessaires. Dr FREEMAN.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 19. — Dissection : MM. Rémy, Poirier, Sébileau. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). Nouveau régime : MM. Lannelongue, Kirmisson, Varnier. — (1re *série*) : MM. Pinard, Lejars, Mauclaire. — (2e *série*) : MM. Tillaux, Delbet, Lepage. — (2e *partie*) : MM. Hayem, Gilles de la Tourette, Launois. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Tuffier, Broca (Aug.), Legueu. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Potain, Brissaud, Gaucher. — (2e *partie*) : MM. Fournier, Landouzy, Déjerine.

MARDI 20. — Dissection : MM. Mathias-Duval, Rémy, Retterer. — Anatomie pathologique : MM. Cornil, Hanriot, Charrin. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). Nouveau régime : MM. Budin, Quénu, Albarran. — (1re *série*) : MM. Guyon, Wallich, Faure. — (2e *série*) : MM. Berger, Schwartz, Bonnaire. — (2e *partie*) : MM. Hutinel, Roger, Ménétrier. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Vaquez, Thoinot. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Le Dentu, Brun, Thiéry. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Jaccoud, Letulle, Achard. — (2e *série*) : MM. Dieulafoy, Debove, Thiroloix.

MERCREDI 21. — Dissection : MM. Poirier, Sébileau, Retterer. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). Nouveau régime : MM. Pinard, Delens, Delbet. — (1re *série*) : MM. Lannelongue, Jalaguier, Lepage. — (2e *série*) : MM. Terrier, Varnier, Walther. — (2e *partie*) : MM. Déjerine, Letulle, Gaucher. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Landouzy, Wurtz.

VENDREDI 23. — Dissection : MM. Tillaux, Rémy, Sébileau. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Lannelongue, Delbet, Walther. — (2e *partie*) : MM. Potain, Gaucher, Widal. — (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Delens, Broca (Aug.), Mauclaire. — (2e *série*) : MM. Tuffier, Jalaguier, Lejars. — (2e *partie*) : MM. Grancher, Déjerine, Wurtz. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Pinard, Varnier, Lepage.

SAMEDI 24. — Dissection : MM. Rémy, Quénu, Thiéry. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Mathias-Duval, Poirier, Gley. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Debove, Letulle, Launois. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Le Dentu, Brun, Faure. — (2e *série*) : MM. Berger, Schwartz, Albarran. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Dieulafoy, Ballet, Marfan. — (2e *série*) : MM. Chantemesse, Thiroloix, Dupré. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Budin, Bonnaire, Wallich.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 21. — M. Blanc. Contribution à l'étude de l'occlusion intestinale par brides. — M. Butaud. Contribution à l'étude clinique des imperforations ano-rectales avec anus normalement conformé. — M. Lugand. Assistance maritime au point de vue des secours médicaux et la lutte contre l'alcoolisme. — Mlle Motchan. Sur certaines formes des contractures dans l'athétose. — Mlle Tarkhaniants. Contribution à l'étude du foie dans la chlorose.

Enseignement médical libre.

Maladies des yeux. — La clinique du Dr KOENIG est transférée à partir du 26 février, **5, rue du Cherche-Midi**. Consultations gratuites tous les jours de 1 à 3 heures. Examen des malades à l'ophtalmoscope. La clinique est ouverte à tous les docteurs et étudiants en médecine.

FORMULES

XV. — Contre la migraine.

Ergotine de Bonjean. . . 0 gr. 30 centigr.
Extrait de jusquiame. . . }
— de cannabis indica. } āā 0 — 60 —
— de valériane. . . }
Chlorhydrate de quinine. . 2 grammes.

Diviser en 50 pilules. Durant la période douloureuse, en prendre une toutes les trois heures.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 4 mars au samedi 10 mars 1900, les naissances ont été au nombre de 1174 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 418, illégitimes, 152. Total, 570. — *Sexe féminin* : légitimes, 428, illégitimes, 176. Total, 604.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1896 : 2 511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 4 mars au samedi 10 mars 1900, les décès ont été au nombre de 1165, savoir : 592 hommes et 573 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 3, F. 17. T. 20. — Typhus : M. 0, F. 1, T. 1. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 11, F. 11, T. 22. — Scarlatine : M. 0, F. 2, T. 2. — Coqueluche : M. 2, F. 1, T. 3. — Diphtérie. Croup : M. 3, F. 5, T. 8. — Grippe : M. 14, F. 31, T. 45. — Phtisie pulmonaire : M. 143, F. 96, T. 239. — Méningite tuberculeuse : M. 10, F. 10, T. 20. — Autres tuberculoses : M. 18, F. 8, T. 26. — Tumeurs cancéreuses : M. 23, F. 37, T. 60. — Tumeurs autres : M. 0, F. 3, T. 3. — Méningite simple : M. 11, F. 16, T. 27. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 29, F. 18, T. 47. — Paralysie, M. 8. F. 4, T. 12. — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 3, T. 6. — Maladies organiques du cœur : M. 23, F. 44, T. 67. — Bronchite aiguë : M. 10, F. 6, T. 16. — Bronchite chronique : M. 10, F. 12, T. 22. — Broncho-pneumonie : M. 38, F. 40, T. 78. — Pneumonie : M. 18, F. 30, T. 48. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 30, F. 25, T. 55. — Gastro-entérite, biberon : M. 17, F. 8, T. 25. — Gastro-entérite, sein : M. 0, F. 3, T. 3. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 2, F. 1, T. 3. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 0, T. 1. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0, T. 0. — Débilité congénitale : M. 24, F. 17, T. 41. — Sénilité : M. 15, F. 30, T. 45. — Suicides : M. 8, F. 6, T. 14. — Autres morts violentes : M. 12, F. 6, T. 18. — Autres causes de mort : M. 94, F. 78, T. 172. — Causes restées inconnues : M. 12, F. 1, T. 13.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 88, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 28, illégitimes, 15. Total : 43. — *Sexe féminin* : légitimes, 28, illégitimes, 17. Total : 45.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — *Cours de chirurgie opératoire expérimentale.* — M. le Dr TUFFIER, professeur, agrégé, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, a commencé le 12 mars, à 3 h. 1/2, une seconde série de dix démonstrations portant sur la *Technique opératoire de l'estomac, de l'intestin et de l'appareil urinaire.* Tous les élèves, sous la direction de deux assistants, répètent eux-mêmes les opérations sur les animaux. Renseignements et inscription à la Faculté des Sciences. (Laboratoire de physiologie expérimentale, place de la Sorbonne.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS. — *Clinique d'accouchement et de gynécologie.* — M. le Pr BUDIN commencera le cours de clinique d'accouchement et de gynécologie le samedi 17 mars 1900, à 9 heures du matin (clinique Tarnier, rue d'Assas), et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure. *Ordre du cours* : mardi et samedi, leçons à l'Amphithéâtre ; visite des malades tous les matins, à 9 heures. — Dirigeront les exercices pratiques : M. le Dr Schwaab, chef de clinique ; MM. les Drs Dubrisay et Chavanne, anciens chefs de clinique ; MM. Galippe, Nicloux, Macé et Bouchacourt, attachés aux laboratoires : MM. les Drs Perret, Planchon, Thoyer-Rozat, Chéron et Glaize, moniteurs.

Ecole pratique. — *Exercices opératoires* sous la direction de M. le Pr BERGER et de M. HARTMANN, agrégé, sous-directeur des travaux de médecine opératoire. — Premier cours : M. le Dr SAVARIAUD, prosecteur, avec le concours de six aides d'anatomie, fera sa première démonstration le lundi 19 mars 1900, à 1 h. 1/4 précise, pavillon no 3. — M. le Dr GOSSET, prosecteur, avec le concours de six aides d'anatomie, fera sa première démonstration le mardi 20 mars 1900, à 1 h. 1/4 précise, pavillon no 3.

Clinique d'accouchements Baudelocque. — M. le Dr BOUFFE DE SAINT-BLAISE, accoucheur des hôpitaux. et M. le Dr FUNCK-BRENTANO, chef de laboratoire, commenceront le lundi 30 avril 1900, à 5 heures, un cours pratique d'accouchements avec manœuvres opératoires. Ce cours sera complet en six semaines, et aura lieu tous les jours, à 5 heures, à la clinique Baudelocque. — Le prix du cours est de 50 francs. — Seront admis les docteurs français et étrangers immatriculés à la Faculté, ainsi que les étudiants immatriculés, sur la présentation de la carte d'immatriculation et de la quittance du versement des droits. Les bulletins de versement relatifs à la carte d'immatriculation et au cours seront délivrées au Secrétariat de la Faculté, les lundi, mardi, jeudi et samedi, de midi à 3 heures.

Conférences d'anatomie. —M. SEBILEAU, agrégé, a commencé ces conférences le vendredi 9 mars 1900, à 5 heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Cours de clinique des maladies du système nerveux. — M. le Pr RAYMOND reprendra ses leçons le mardi 20 mars 1900, à 10 h. du matin (Hospice de la Salpêtrière), et les continuera les vendredis et mardis suivants, à la même heure.

Clinique d'accouchements Baudelocque (Kinésithérapie gynécologique). — M. le Dr STAPFER, ex-chef de clinique de la Faculté, commencera le mardi 24 avril 1900, à 10 h. 1/2 du matin, un cours pratique de diagnostic et de traitement des maladies des femmes, par le massage et la gymnastique. Ce cours aura lieu à la clinique Baudelocque, les mardis, jeudis et samedis à 10 h. 1/2 du matin. La durée du cours est de six semaines. Le prix du cours est de 50 francs. Seront admis les Drs français et étrangers immatriculés à la Faculté, ainsi que les étudiants immatriculés, sur la présentation de la carte d'immatriculation et de la quittance du versement des droits. Les bulletins de versement relatifs à la carte d'immatriculation et au cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les lundi, mardi, jeudi et samedi, de midi à 3 heures.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours de chirurgien.* — Le concours doit s'ouvrir le 26 mars 1900 pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris. Les candidats inscrits sont : MM. Banzet, Baraduc, Baudet, Beaussenat, Cazin, Courtillier, Paul Delbet, Lapointe, Longuet, Marion, Mayet, Michon, Mignot, Mouchet, Pasteau, Péraire, Raymond, Petit, Reblaud, Raymond, Riche, Robineau, Savariaud. Le jury est définitivement constitué ainsi : MM. Potherat, Michaux, Le Dentu, Tuffier, Jalaguier, Terrier, Cuffer.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — *Cours de pathologie comparée.* — M. CHAUVEAU, membre de l'Institut, professeur, a ouvert ce cours le mardi 13 mars 1900, à 2 heures, au Laboratoire de pathologie comparée, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. Le professeur exposera et discutera, avec démonstrations expérimentales, les travaux récents sur le mécanisme du cœur, chez l'homme et les animaux, au point de vue des applications séméiologiques, en pathologie comparée.

Cours d'anthropologie. — M. E.-T. HAMY, professeur, membre de l'Institut, commencera ce cours le mardi 20 mars 1900, à 3 heures, dans l'amphitheâtre des nouvelles galeries, rue de Buffon, n° 2, et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure. Les leçons de cette année seront consacrées à l'étude des races de l'Europe. Le cours sera complété par des conférences qui auront lieu les jeudis, à 3 heures, dans le Laboratoire d'amphithéâtre, rue de Buffon, n° 61.

INCIDENT AU CONCOURS DE MÉDECINS DES HOPITAUX. — Un incident vient de se produire au concours ouvert par l'Assistance publique pour la nomination de plusieurs médecins des hôpitaux. Ce concours a commencé lundi dernier ; or, l'un des examinateurs s'étant aperçu, après les premières épreuves seulement, qu'il était parent d'un des candidats, s'est aussitôt récusé et a envoyé à M. Napias sa démission de membre du jury. On se demande maintenant si le concours, commencé de façon irrégulière, pourra se continuer ou si, pour couper court à toutes réclamations ultérieures, on ne devra pas l'annuler. « C'est affaire d'appréciation, nous dit-on à la direction de l'Assistance publique. Dès que nous avons eu connaissance de l'incident, nous l'avons soumis au préfet de la Seine. C'est lui qui prendra une décision à ce sujet. » — Nous lisons dans le *Temps* du 11 mars qu'un examinateur du concours de médecins des hôpitaux, ayant appris qu'il était parent d'un des candidats, a envoyé sa démission au Dr Napias. Cette démission a été acceptée. D'autre part, le candidat lui-même ayant déclaré hier qu'il renonçait à concourir, l'incident se trouve clos et le concours va continuer ; le jury comprendra seulement un membre de moins.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOURS. — Un concours s'ouvrira le 5 novembre 1900, devant l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours pour l'emploi de chef des travaux physiques et chimiques à ladite Ecole. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

FACULTÉ DE MONTPELLIER. — La chaire d'anatomie pathologique de la Faculté de Médecine de Montpellier est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à partir du 12 mars, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr LEBRETON, médecin des hôpitaux de Paris, âgé de 42 ans. — M. le Dr PEYRAUD (de Libourne).

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h. 1/2. Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée); présentation de cas cliniques, etc. — *Service de* M. le Dr P. MARIE. Le service de l'infirmerie de Bicêtre comprend un grand nombre de malades atteints d'affections chroniques et particulièrement d'affections du système nerveux. Ce service est ouvert aux étudiants et le samedi a lieu, à 9 h. 1/2, une visite générale au cours de laquelle le Dr Pierre Marie présente les malades les plus intéressants.

HOTEL-DIEU. — Le Dr LUCAS-CHAMPIONNIÈRE : leçons de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu à dix heures, tous les jeudis. Opérations avant la leçon. Opérations abdominales le mardi. Le mercredi et le samedi visite dans les salles.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. le Dr BÉCLÈRE, conférences de radioscopie médicale avec présentation de malades, le dimanche à 10 heures du matin.

Clinique des affections du système nerveux. — M. GILBERT BALLET, leçons cliniques sur les affections du système nerveux et la pathologie mentale, hôpital Saint-Antoine (Amphithéâtre de la clinique de la Faculté), le dimanche, à 10 heures.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES 71.

XXIXe ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XI. N° 12. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 24 MARS 1900.

Le Progrès Médical

SOMMAIRE. — OPHTALMOLOGIE : Tuberculose oculaire. Tuberculose de l'iris et du corps ciliaire, par M. Alphonse Péchin. — CLINIQUE CHIRURGICALE : Statistique des opérations pratiquées à l'hôpital Bichat (*service des consultations spéciales*) pendant l'année 1899 (*suite*, par F. Terrier. — BULLETIN : L'enseignement de la médecine légale dans les Facultés de France : Faculté de Médecine de Bordeaux; Conférences de thérapeutique : M. Vaquez — SOCIÉTÉS SAVANTES : *Société de Biologie* : Bacille de Pfeiffer, par Rosenthal; Hypothermie chez les arthritiques, par Boucheron; Sérothérapie dans les rhumatismes à streptocoques, par Boucheron; Expériences sur la tuberculose, par Richet; Influences médicamenteuses sur la muqueuse gastrique, par Théohari et Vagas; Demi-inanition chlorurée dans l'épilepsie, par Ch. Roux (c. r. par Mme Edwards-Pilliet). — *Académie de Médecine* : Tuberculose et désinfection, par Grancher; Percussion du crane, par Lannelongue; Résection de l'estomac, par Ricard, etc. (c. r. par Plicque). — *Société médicale des Hôpitaux* : Rythme de Cheyne-Stockes dans l'artério-sclérose, par Mercklen; Cacodylate de soude et épithélioma, par Renaut; Leucémie, par Hirtz et Labbé; Crises testiculaires de la filariose, par Rénon; Hémiplégie dans la scarlatine (c. r. par J. Noir). — *Société de Chirurgie* : Greffe des kystes hydatiques, par Quénu; Rupture de la grossesse extra-utérine, par Routier; Traitement des fractures, par Delorme (c. r. par Schwartz). — *Société de médecine légale* : Discussion du rapport sur la loi Cruppi; Responsabilité des administrations en matière sanitaire, par Thoinot (c. r. par Carrier). — REVUE DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE. — BIBLIOGRAPHIE : Etiologie de l'hypertrophie sénile de la prostate, par J. Reliquet (an. par J. Noir). — VARIA : La question des eaux d'alimentation de Paris au Conseil municipal, par J. Noir; Ligue contre la tuberculose, etc. — ENSEIGNEMENT MÉDICAL LIBRE. — FORMULES. — NOUVELLES.

OPHTALMOLOGIE

Tuberculose oculaire; Tuberculose de l'iris et du corps ciliaire;

Par M. Alphonse PÉCHIN.

Nous voyons presque toutes, sinon toutes les affections générales avoir leur retentissement sur l'organe de la vision; et il ne saurait en être autrement étant donné l'anatomie de cet organe qui renferme toutes les variétés de tissus. C'est même cette richesse d'éléments anatomiques réunis en un point de l'économie pour y former un tout bien défini anatomiquement et physiologiquement qui rend les études de pathologie générale si indispensables pour bien comprendre la pathologie oculaire elle-même. C'est aussi pour cela que l'ophtalmologie est une science si intéressante, si captivante et présentant un intérêt qui s'accroît surtout lorsque la constatation dès le début des symptômes oculaires de la première heure, symptômes qui ne seront suivis que plus tard d'autres symptômes généraux, permet à l'ophtalmologiste de précéder le médecin pour poser un diagnostic.

D'après ces considérations, on peut se demander pourquoi la tuberculose oculaire est restée ignorée si longtemps. Jusqu'en 1851, époque où a été inventé l'ophtalmoscope, on s'explique que l'on n'ait pu voir les tubercules de la choroïde, c'était l'époque par excellence des amauroses et des amblyopies sans lésions connues du fond de l'œil, mais pour ne parler que de la tuberculose localisée au tractus uvéal antérieur, dont je vais m'occuper dans cette étude, je ferai remarquer qu'il n'en est même pas question dans le Traité de L. A. Desmarres (1), qui donne un tableau assez fidèle de nos connaissances à cette date (1847). Cet auteur signale l'iritis simple qu'il appelle aussi essentielle ce qui signifie que dans ce temps-là, comme maintenant encore, certaines causes d'iritis échappaient; l'iritis rhumatismale, goutteuse, scrofuleuse, scorbutique, syphilitique et pseudo-syphilitique, mercurielle, traumatique, intermittente; mais d'iritis tuberculeuse, point. Peut-être y a-t-il fait allusion en mentionnant la scrofule dans son énumération étiologique, en tous cas, il n'en fait aucune description proprement dite. Au chapitre des tumeurs de l'iris, il décrit les abcès, les condylômes et les tumeurs vasculaires. Et c'est tout. Or, je suis tenté de croire que Desmarres qui avait une pratique énorme et qui a vu sans nul doute des tubercules de l'iris, a dû les confondre pour la plupart avec les syphilômes sous le nom de condylômes. « C'est surtout, dit-il, chez les individus atteints de syphilis constitutionnelle qu'on observe ces tumeurs. Bornées le plus souvent à la grosseur d'une tête d'épingle, et d'une couleur jaune rougeâtre, elles disparaissent assez fréquemment par résolution sous l'influence d'un traitement mercuriel énergique. D'autres fois, au contraire, elles prennent, quoiqu'on fasse, un accroissement tel qu'elles remplissent bientôt toute la chambre antérieure et finissent par faire saillie dans le corps ciliaire, qu'elles soulèvent, en traversant même quelquefois la sclérotique. *Il faut bien se garder de croire que cette tumeur n'apparaisse absolument que chez des individus autrefois atteints d'affections vénériennes; j'en ai vu un bon nombre chez des sujets sur lesquels il a été impossible de trouver aucune trace de maladie syphilitique* » (*loc. cit.*, p. 409). Dans cette description, on ne peut s'empêcher de croire qu'à côté de syphilis bien et duement constatée, Desmarres a dû se trouver en face de tuberculose atténuée guérie spontanément et aussi de tuberculose grave de l'iris et du corps ciliaire, ayant amené la perte du segment antérieur de l'œil. Dans l'édition suivante (1), Desmarres parle bien de deux cas de tubercules, mais il donne le nom de tubercule à des néoplasies iriennes qui n'ont rien de commun avec l'infection bacillaire. Ces deux malades sont deux jeunes gens atteints, dit-il, d'éléphantiasis des Grecs. L'un d'eux, âgé de 19 ans, avait le corps couvert de tubercules cutanés, noueux; la plupart des articulations des doigts ankylosées ou raidies. Iritis de l'œil droit. *Tubercule* situé entre la sclérotique, l'iris et la cornée; vaisseaux nombreux d'un rouge brun dans l'épisclère. Vue assez bien conservée, mais bientôt elle s'affaiblit graduellement, et quinze mois plus tard elle est complètement perdue. L'œil ressemble à une tumeur graisseuse composée de petits lobules saillants entre les paupières. Le pourtour est injecté de vaisseaux choroïdiens qui rampent sur le corps ciliaire hypertrophié et saillant. La portion supérieure interne de la cornée se reconnaît encore un peu. Pas de douleurs. Deux ans plus tard, l'œil gauche se perd à son tour, un *tubercule* se forme en haut et en dehors et s'avance peu à peu dans la chambre antérieure. Iritis, synéchies postérieures. Perte de la vision. La cornée est opaque en haut et circulairement.

Le malade retourne au Mexique et n'a plus été suivi par Desmarres. Le second malade est considéré par l'auteur comme ressemblant exactement au malade précédant. Or, de la lecture de ces deux observations, il ne ressort nullement qu'on ait affaire à de vrais tubercules de l'iris. La symptomatologie même que présentent ces deux malades est loin de nous offrir le tableau de l'éléphantiasis. Et je n'en aurais pas fait mention

(1) Traité théorique et pratique des maladies des yeux, Paris, 1847.

(1) Traité des maladies des yeux, 1855, t. II, p. 501.

si M. Galezowski (1) ne les signalait avec le cas de Gradenigo. C'est, en effet, de 1868 que date l'observation de Piétro de Gradenigo (de Venise) (2). C'est une observation bien prise au point de vue clinique; les considérations qui ont amené l'auteur à formuler le diagnostic d'iritis tuberculeuse sont judicieuses; ce diagnostic précis, difficile à une pareille époque et chez un malade indemne au moment de l'examen de toute autre affection tuberculeuse à laquelle succomba le malade et aussi par l'examen microscopique. C'est donc à juste titre que les classiques ont fait fond sur cette observation pour l'historique de la question et en raison de son importance je la donne ici résumée. (*Observation de Pietro Gradenigo*). — Un homme de 21 ans, maréchal-ferrant, vient réclamer des soins le 16 août 1868 pour une affection de l'œil droit. Début 3 mois. Affaiblissement de la vue, accompagné de fort peu de douleurs. Paupières lâches, conjonctive légèrement œdémateuse; injection rosée, radiée et profonde au pourtour de la cornée. Celle-ci est transparente, sauf en trois ou quatre endroits où l'on voit de petits dépôts interstitiels d'aspect grisâtres, arrondis, isolés, gros comme la tête d'une épingle, situés les uns sous la membrane de Bowman et les autres plus profonds reposant sur l'épithélium polygonal de la membrane de Descemet et faisant saillie dans la chambre antérieure. Chambre antérieure rétrécie; humeur aqueuse légèrement trouble. A l'éclairage latéral, iris de couleur bleue, aspect velouté. Six ou sept corpuscules distincts de forme ronde et gros comme la moitié d'un grain de mil se font jour dans la chambre antérieure à travers le stroma de l'iris dont ils occupent particulièrement le segment externe et inférieur en correspondance (*sic*) de la grande et de la petite périphérie (situés, les uns à proximité du petit cercle et les autres à proximité du grand cercle de l'iris, a voulu dire l'auteur, je pense). Pupille étroite, synéchies postérieures. Surface capsulaire un peu trouble. Bulbe oculaire de consistance normale. Pas de douleurs. Larmoiement médiocre. Photophobie par intervalles. Se basant sur l'absence de signes de syphilis, sur la longue durée de l'affection qui avait résisté à tous les traitements prescrits, sur l'absence des caractères de l'iritis de nature inflammatoire franche, l'auteur pense qu'il s'agit d'une forme nouvelle d'iritis spécifique de nature tuberculeuse. Deux jours plus tard apparut dans l'œil droit un épanchement spontané de sang qui, après s'être résorbé, se reproduisit de nouveau sans cause connue. Pas de tuberculose pulmonaire.

Le malade dépérit de jour en jour depuis son entrée à l'hôpital. Régime fortifiant, exercice au grand air, huile de foie de morue. Instillations d'atropine. Affaiblissement de plus en plus marqué de la vue. Alors apparaissent quelques corpuscules sur l'œil gauche, corpuscules en tous points semblables à ceux observés sur l'œil droit et dont le développement ne fut précédé ni accompagné d'aucun des symptômes ordinaires de l'iritis. Afin de pouvoir s'éclairer par l'examen microscopique sur la véritable nature de ces petites tumeurs, l'auteur tenta de pratiquer l'excision d'une portion de l'iris à droite; mais, malheureusement, l'apparition immédiate d'une abondante hémorragie intra-oculaire le força d'abandonner son projet. Cette tentative n'amena, du reste, aucune réaction fâcheuse et ne modifia en rien la marche du processus morbide. A quelque temps de là, trois mois après son entrée à l'hôpital, le malade fut pris presque à l'improviste de coliques intenses et de vomissements répétés; la langue devint rouge, sèche, le ventre tendu, douloureux à la pression; sensation pénible de soif, pouls fébrile. Bientôt après diarrhée, toux d'abord sèche, puis accompagnée d'expectoration puriforme, dyspnée, fièvre continue avec transpiration abondante pendant la nuit. Mort au bout de huit jours. Autopsie. Enorme quantité de tubercules miliaires, les uns crus, les autres en voie de ramollissements dans les poumons, le foie, la rate, le mésentère, les glandes lymphatiques et la muqueuse intestinale. Les globes oculaires furent extraits et plongés dans le liquide de Müller. Volume et forme des globules physiologiques. Cornée de l'œil droit deux fois aussi épaisse que l'autre. Cette dernière est indemne. Surface interne de la cornée droite parsemée de plusieurs noyaux saillants, peu résistants, formés d'une substance caséeuse blanchâtre qu'il est facile de détacher de la membrane de Descemet. La chambre antérieure a presque disparu. L'iris épaissi et décoloré adhère en différents endroits à la capsule cristallinienne. Un grand nombre de corpuscules blanc-jaunâtres analogues à ceux de la cornée, sont disséminés dans son parenchyme, notamment à sa face antérieure au niveau du rebord pupillaire et de la périphérie. Pas d'altération apparente de la sclérotique, du cristallin, de la choroïde. Humeur vitrée légèrement opaque, semble un peu plus consistante qu'à l'état normal. Sur la choroïde, à proximité de l'insertion du nerf optique, deux, trois granulations isolées de couleur claire fort semblables aux productions déjà décrites. Dans l'œil gauche, à part quelques tumeurs petites de l'iris de même nature que celles de l'œil droit, il n'y a aucune altération. Enfin, l'examen microscopique des nodules en question, pratiqué par le Dr Richetti, y fait reconnaître les caractères histologiques propres au néoplasme tuberculeux. Et, en terminant, Gradenigo ajoute qu'à sa connaissance la littérature médicale ne possède pas d'observation de tuberculose de l'iris. En quoi il a parfaitement raison, car beaucoup d'auteurs ont reconnu avant lui des tumeurs de l'iris et du corps ciliaire, mais sans pouvoir donner à leur diagnostic une précision suffisante, bien qu'on soit tenté de croire, à la lecture de leurs observations, qu'il s'agissait de réels tubercules. Parmi eux, je citerai notamment J.-B. Saunders (1), Delarue (2), C.-G. Lincke (3), Maître-Jean (4), Ritterich (5), Lawrence (6), Wenzel (7), Demours (8), Mackensie (9), von Graefe (10), Schelske (11).

Mais à partir de cette époque, les observations deviennent de plus en plus nombreuses, la description clinique s'efforce de faire ressortir les caractères de la maladie, on étudie davantage le malade au point de vue des affections tuberculeuses concomitantes, préoccupé que l'on est de rechercher si l'infection est primitive ou secondaire (Parinaud, Michel, Fuchs, Bach, Denti, Rombolotti, Denig, Leber, de Wecker, Van Duyse, Coppez). Les sujets, longtemps suivis, permettent de reconnaître deux formes bien distinctes; une forme atténuée (Leber, Van Duyse, de Wecker) et une forme grave, suppurative et destructive, formes auxquelles il conviendra d'ajouter une forme glaucomateuse signalée tout récemment par Lubowski et certaines autres formes rares sans granulomes iriens (Denig, Michel). Et enfin, ces études cliniques ont été complétées par des examens bactériologiques et des inoculations.

* * *

La tuberculose de l'iris est une maladie de l'enfance et de l'adolescence. On la rencontre le plus souvent chez des sujets âgés de 5 à 25 ans et exceptionnellement en dehors de ces limites d'âge. Un malade de Berthod avait 2 ans, celui de Perls n'avait qu'un an. Un malade de Weiss était âgé de 51 ans. Elle a été considérée comme une affection très rare, mais je pense que cette rareté dépend beaucoup de ce que des statistiques ont été faites à une époque où bien des cas passaient ignorés. Il est certain que les statistiques de Horner (1 cas sur 4.000 malades) et de Hirschberg (6 cas sur 60.000 malades) sont un peu faibles. Habituellement, un seul œil est atteint, les deux peuvent l'être; dans ce dernier cas l'infection est plus profonde et les granulations ont envahi plus ou moins le tractus uvéal dans sa partie antérieure comme dans sa partie postérieure.

(1) Traité des maladies des yeux, Paris, 1875, p. 374.
(2) De l'iritis tuberculeuse. *Ann. d'ocul.*, t. 64, p. 177.

(1) *Treatise in some pratical points relattug to the diseases of the Eye.* London, 1811, p. 119.
(2) *Cours complet des Maladies des yeux.* Paris, 1820, p. 206.
(3) *De fungo medullari oculi.* Leipzig, 1834.
(4) *Traité des Maladies de l'œil.* Troyes, 1711.
(5) *Jahrliche Beitrage zur Vervolk. der Augenh.* Vol. I. p. 37.
(6) *Treatise ou Diseases of the Eye.* London, 1830 p. 593.
(7) *Manuel de l'Oculiste*, t. II, p. 137.
(8) *Traité des Maladies des yeux*, 1818.
(9) *Traité des maladies des yeux*, 1855.
(10) *Arch. f. opht.*, t. VII, 1860.
(11) *Lehrb. d. Augenh.*, 1868.

*
* *

On a beaucoup discuté sur la pathogénie de l'infection oculaire et l'on doit reconnaître que la question est délicate. Certains ont admis une inoculation locale chez des sujets sains, par écorchure de la muqueuse conjonctivale, par ulcères provenant de lésions scrofuleuses (Burnett), par petits corps étrangers acérés qui lèsent la conjonctive et l'infectent (Fuchs). Mitvalsky (1) (de Prague) assimilant la conjonctivite à la muqueuse des voies respiratoires, admet que si cette dernière muqueuse peut s'infecter par le bacile de Koch à la suite d'un simple catarrhe et d'un simple *dérangement* de l'épithélium, il en sera de même pour la conjonctive qui, pour s'infecter, ne doit pas nécessairement subir au préalable une perte de substance. En tous cas, si cette infection primitive de la conjonctive est possible, il n'est pas prouvé que la sclérotique et la cornée puissent s'opposer au passage de l'élément infectieux dans le tractus uvéal. Les auteurs qui ont rapporté des cas de tuberculoses oculaires dites primitives sont nombreux, mais dans certaines de leurs observations, nous voyons des malades observés pendant longtemps ne présenter que tardivement d'autres manifestations tuberculeuses. Quel lien établir entre ces lésions d'après leur chronicité apparente ? Et pour les malades dont d'autres organes sont restés indemnes, quelles conclusions tirer ? La porte d'entrée du bacille n'est pas nécessairement le siège d'une lésion et s'il peut arriver à l'œil du premier coup sans avoir commis de dégâts ailleurs et laissé trace de son passage, on aura réellement une infection primitive; cela peut être admis très bien. Mais, et voilà où est toujours la grosse difficulté, comment saura-t-on reconnaître que nulle autre lésion tuberculeuse existe dans un autre organe ? M. Lagrange (2) nous donne une observation de tuberculose primitive du corps ciliaire et de l'iris chez un enfant de sept ans, dont les antécédents sont bons et présentant lui-même une excellente santé. Ce fut une tuberculose grave qui nécessita l'énucléation. Existait-il chez cet enfant une tuberculose latente par inhalation ou par ingestion ? C'est toujours la même question à poser aux observations analogues de Michel (3), Fuchs (4), Bach, Denti, Rombolotti (5). Ces deux derniers auteurs, soutenant l'opinion de Bach sur la fréquence de la tuberculose primitive oculaire, rapportent trois cas de tuberculose du tractus uvéal antérieur. Le premier malade, heureusement pour lui, refusa l'énucléation et bénéficia d'une guérison spontanée; chez les deux autres, la marche de l'affection fut assez grave pour nécessiter l'énucléation. Chez ces trois malades, nulle autre affection tuberculeuse. La peine que s'est donnée R. Denig (6) en compulsant 68 cas de tuberculose de l'iris et du corps ciliaire afin de se rendre compte de l'avenir de ses malades n'a pas abouti à faire beaucoup avancer la question. Sur ces 68 malades, 41 étaient très sains; excepté l'œil tous les autres organes étaient tout à fait (?) indemnes, et les 27 autres étaient suspects de tuberculose. 4 d'entre eux portaient même des traces de tuberculose d'autres organes. Et parmi tous ces malades suivis avec soin, 39 furent atteints au bout d'un temps plus ou moins long de tuberculose siégeant dans d'autres organes. Je dirais volontiers que chez ces malades il s'agit de tuberculose oculaire primitive, au sens obscur du mot. Si l'on veut bien considérer combien sont restreintes les causes d'une infection réellement primitive de la conjonctive et combien rares aussi seront les cas où les éléments bacillifères pénétreront par un point quelconque de l'organisme où ils ne laissent pas de traces, pour de là aboutir à l'œil où la lésion sera primitive, on conçoit que la tuberculose oculaire primitive est rare et que généralement elle est secondaire, notion bien importante de pathogénie qui fournira une utile indication lorsqu'il sera question du traitement.

L'infection secondaire est de beaucoup la plus fréquente; elle est mise en évidence à la fois par l'expérimentation et la clinique. Le siège de prédilection de la tuberculose est le poumon et les ganglions du médiastin, c'est là que le plus souvent débute l'infection, aussi la tuberculose oculaire est-elle plus souvent consécutive à la tuberculose médiastino-pulmonaire qu'à la tuberculose intestino-mésentérique. Et lorsque la tuberculose oculaire paraît primitive, on devra se rappeler qu'une petite lésion ganglionnaire ou pulmonaire, latente, primitive, non cliniquement démontrée ou démontrable, suffit pour créer une source d'infection d'où les bacilles diffuseront pour aller coloniser dans l'œil, comme ils peuvent diffuser d'une lésion latente pour déterminer tout à coup une granulie chez un sujet jouissant apparemment des attributs d'une bonne santé.

L'infection bacillaire se fait par la voie lymphatique et aussi par la voie sanguine. Les bacilles circulent dans le sang, immigrent de là, à travers les parois vasculaires, dans les tissus, de préférence dans le voisinage des vaisseaux de l'iris. Aussi l'iris et le corps ciliaire dont la circulation est très riche sont-ils un terrain éminemment favorable pour le développement de la tuberculose. R. Denig (*loc. cit*) cite des observations de tuberculose secondaire de l'œil consécutive à des manifestations tuberculeuses d'autres organes. Pour lui, les matastases s'observent surtout au moment où le foyer primitif subit une poussée plus aiguë. Van Duyse, (1) rapporte le cas d'un jeune homme de 11 ans atteint à l'œil droit d'irido-cyclite tuberculeuse avec infiltration purulente de la cornée, parésie de l'orbiculaire et à l'œil gauche de parésie de la troisième paire avec péripapillitte et plusieurs tubercules choroïdiens. Les lésions oculaires étaient apparues les premières, mais une quinzaine de jours après, l'état général devenait rapidement très grave, des symptômes de méningite de la base se déclaraient et six jours plus tard le malade succombait. A l'autopsie, on trouva une généralisation de la tuberculose à toutes les périodes, beaucoup de tubercules crétacés; ganglions bronchiques caséeux et crétacés. Tubercules miliaires jaunâtres à la surface et dans le parenchyme cortical du foie. Tubercules miliaires à la surface du rein. Ganglions mésentériques gonflés. Le tube intestinal n'a pas été examiné; c'est dommage, on eut peut-être pu y constater des lésions. Voilà un cas, type de généralisation partie de ganglions bronchiques et pulmonaires, généralisation qui s'est faite rapidement à plusieurs organes et ayant atteint les méninges et enfin le tractus uvéal. Beaucoup d'autres observations viendront se calquer sur celle-là qui est une forme de généralisation à marche foudroyante. Plus fréquemment nous voyons des sujets atteints de tuberculose à forme chronique, pulmonaire, osseuse ou cutanée, jouissant d'une santé relativement bonne, parfois précaire et dont l'état se complique à un moment donné par une manifestation tuberculeuse du côté de l'œil. Je soigne actuellement à la polyclinique Rothschild une jeune fille de 12 ans, qui a été traitée, il y a deux ans, pour une ostéo-périostite tuberculeuse du tibia gauche; elle est en outre atteinte d'une ostéite tuberculeuse (*spina ventosa*) de l'index droit; chez cette enfant, les accidents oculaires datent de trois semaines et consistent dans la présence sur l'œil droit de plusieurs petits tubercules iriens avec kératite-parenchymateuse partielle. J'ai observé il y a deux ans, à ma clinique de la Place Jussieu, deux cas presque analogues chez deux fillettes dont l'une atteinte de coxalgie et l'autre de lésions tuberculeuses ulcérées de la main. Dans un cas de Silex (2), il s'agit d'une fillette de 14 ans atteinte de vastes lésions tuberculeuses des os, des ganglions et des gaines tendineuses et dont la situation s'est aggravée par l'apparition de gros nodules jaunes recouvrant la majeure partie de l'iris; ces gros nodules entourés d'autres de petites dimensions. Un exemple à la fois bien curieux et bien démonstratif est l'observation de Henri Coppez (3). Sa malade, une jeune fermière de 17 ans, sans antécédents tuberculeux personnels ou héréditaires, jouissant d'une santé parfaite, se fait accidentellement une blessure à la main, à la face palmaire de l'annulaire droit. La plaie est mal soignée, s'infecte pendant que la jeune fille traie une vache atteinte de mammite bacillaire. L'infection gagne rapidement

(1) Bullet. de la Société française d'ophtalmologie, 1896, p. 208.
(2) *Archives d'ophtalmologie*, 1895, p. 170.
(3) *Lehrbuch der Augenh.*, p. 492.
(4) *Lehrbuch der Augenh.* 1889. p. 330.
(5) *Annali di Ottalmologia*, XXIII, 6.
(6) *Arch. fur Augenh.*, t. XXXI, 4, p. 359, 1895.

(1) *Annales d'oculistiques*, 1890, p. 5.
(2) *Berlin Klin. Woch.*, 1895, p. 195.
(3) *Revue générale d'ophtalmologie*, 1896, p. 438.

la main, le poignet, le membre supérieur droit, puis le corps entier sous forme de tuberculose cutanée gommeuse. Pendant environ une année la surface cutanée fut le siège, en divers endroits, à droite comme à gauche, de gros nodules tuberculeux qui s'abcédérent. Il n'y eut pas de complications viscérales. L'accident initial datait de fin 1893 et c'est en mars suivant, environ deux mois après que l'irido-cyclite tuberculeuse se déclara. L'affection oculaire prit une marche grave qui nécessita l'énucléation. L'autre œil resta indemne. Le diagnostic fut positivement établi par des inoculations et des examens bactériologiques. Voilà donc un cas bien net de tuberculose secondaire, où nous voyons le bacille entrer par la main pour arriver, en quelques semaines, au tractus uvéal.

Ces observations constituent des genres auxquels viendront se grouper toutes celles nombreuses qui ont été publiées. Dans ces observations, l'infection secondaire est en quelque sorte palpable, mais dans certains cas, il faut reconnaître que l'origine du mal est difficile à préciser. Et il est bien certain qu'en faisant des nécropsies avec soin, avec beaucoup de minuties, on trouvera des foyers de tuberculose soit d'inhalation, soit d'ingestion qui apporteront leur contingent à la théorie de l'infection secondaire.

Comme je le disais plus haut, l'irido-cyclite tuberculeuse a été considéré comme une affection très rare; cette rareté sera relative, maintenant que la maladie est mieux connue et, partant plus facile à diagnostiquer. Toutefois, si l'on veut s'en rapporter à des statistiques bien faites, on constatera que la complication oculaire de la tuberculose n'est pas fréquente. R. Denig (1) signale la rareté des métastases oculaires dans la tuberculose pulmonaire, articulaire ou autre. Dans 220 cas de tuberculoses variées il a noté einq fois seulemement la métastase oculaire contre 215 cas, chiffre énorme, où l'œil n'a pas été atteint, au moins pendant une longue durée d'observation. Et l'on conçoit que la durée de l'observation donne à cette question de fréquence un élément aléatoire, l'infection oculaire pouvant être plus ou moins tardive.

Je termine ce chapitre en renvoyant, pour les données plus générales, aux traités de pathologie interne qui traitent cette question étiologique et pathogénique avec toute l'ampleur désirable, ampleur que ne comporte pas cette étude spéciale de tuberculose oculaire.

*
* *

La tuberculose du tractus uvéal peut revêtir bien des formes parce que ses localisations peuvent être bien variées; mais quelque variées soient-elles, elles peuvent être ramenées à deux formes principales. Ou bien l'infection sera très généralisée, les nodules tuberculeux apparaîtront un peu partout et l'on aura la forme miliaire, disséminée qu'on rencontre le plus souvent dans la méningite tuberculeuse, dans les généralisations à forme grave, ou bien l'infection sera discréte, il s'agira d'une petite colonisation oculaire, en îlots, c'est la forme circonscrite avec quelques nodules dans l'iris, ou dans le corps ciliaire, forme à pronostic moins grave que la premiére, localisée, susceptible de guérison, mais pouvant entraîner aussi de graves désordres. Dans l'irido-cyclite qui fait l'objet de cette étude, on voit sur l'iris de petites nodosités grises, translucides parfois, parcourant une évolution qui imprime un caractère objectif variable, ces nodosités disparaissent pendant que d'autres apparaissent pour disparaître à leur tour ou pour persister et subir des phases qui se termineront par la guérison ou par une destruction du segment antérieur de l'œil, à moins qu'un *statuquo* ne vienne éterniser la situation laissant, sur l'iris des produits tuberculeux dont l'évolution est terminée. Les nodosités peuvent faire défaut et l'aspect clinique sera celui de l'iritis plastique, plus rarement de l'iritis séreuse. L'iris peut être indemne, seul le corps ciliaire sera le siège du tubercule, mais cette variété est rare; le processus inflammatoire crée au moins quelques synéchies. Il n'est pas rare de constater sur l'iris un seul tubercule. Ce tubercule souvent observé le plus souvent sur un seul œil, peut être accompagné ou non de très petites granulations miliaires Les symptomes d'iritis faisant absolument défaut, on croirait être

(1) *New-York. Med. Journ.*, octobre 1897.

en face d'un néoplasme. Virchow a observé des cas semblables et après étude anatomique de ce néoplasme; il a reconnu les caractères du tissu de granulation. Voilà pourquoi V. Graefe décrivit ce nodule solitaire sous le nom de granulôme. Ce nodule solitaire peut exister dans l'iris ou le corps ciliaire. L'évolution des tubercules s'accompagne parfois d'hypopyon. Les masses caséeuses peuvent remplir la chambre antérieure, détruire l'iris qui est confondu avec elles et n'est plus reconnaissable qu'à un tractus noirâtre sur la tranche de la section, ce tractus étant le vestige du pigment irien. C'est ce genre de tuberculose circonscrite qui comprend la variété de forme atténuée, forme la plus fréquente. Elle est caractérisée par la présence sur l'iris de proliférations nodulaires, en nombre variable, petites proéminences ayant les dimensions d'un grain de mil ou moindres; elles se rapprochent d'un type clinique dont je parlais plus haut, désigné autrefois sous le nom de granulôme. On a voulu tirer de leur siège une indication pour le diagnostic; je crois cette indication bien incertaine. Leber (1) dit qu'il n'est pas rare de voir les nodules tuberculeux envahir le bord pupillaire, accasionnant ainsi une large synéchie, ou bien occuper l'angle de la chambre antérieure, spécialement le pourtour de l'angle inférieur. Pour Van Duyse (2), presque tous les tubercules siègent près du bord adhérent de l'iris. De Wecker (3) ne fait pas mention de cette localisation, jugeant avec raison, comme je le rappellerai plus loin, que la séméiologie de cette affection est bien insuffisante pour établir le diagnostic. M. le Pr Panas (4) n'en parle pas davantage, ce qui est bien significatif. Fuchs (5) est d'avis que les tumeurs syphilitiques de l'iris ne siègent que sur son bord pupillaire ou ciliaire, jamais à un autre endroit, tandis que d'autres tumeurs peuvent occuper n'importe quel point de la surface de l'iris. Ces nodules sont gris rosé, gris jaunâtre, et il ne faut pas attacher trop d'importance à l'absence de vascularisation, cette dernière pouvant survenir ultérieurement et donner au tubercule et au tissu qui l'entoure une teinte plutôt rougeâtre. Au début, l'affection s'annonce par des phénomènes d'iritis ou d'irido-cyclite séreuse ou plastique. La membrane de Descemet peut présenter quelques dépôts. La maladie ainsi constituée va marcher lentement, sans provoquer la moindre douleur, les nodules se résorberont, laissant à leur place des taches d'atrophie de l'iris, l'œil deviendra phtisique par irido-cyclite chronique, et, dans certains cas, le processus sera assez clément pour que cette phtisie ne soit pas le terme fatal; il s'arrêtera assez à temps pour ne pas trop compromettre la vision. Cette évolution est considérée comme une guérison spontanée. Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi et, à côté de cette forme atténuée qui peut guérir spontanément, il y a la forme grave, suppurative et destructive. Ici, les nodules, loin d'avoir de la tendance à se résorber, vont au contraire grossir, se développer, devenir envahissant, s'étendre dans la chambre antérieure, atteindre l'angle irien, où ils rencontreront le tendon du muscle ciliaire qui formera barrière à leur extension de ce côté (Lagrange) (6), passeront dans le système trabéculaire scléro-cornéen et le canal de Schlemm, et après avoir respecté l'espace supra-choroïdal viendront émerger au dehors sous forme de fongus en perforant le limbe scléro-cornéen, le plus souvent à la demi-circonférence supérieure, quelquefois à la portion interne du limbe. Dans certains cas, l'extension ne reconnaît plus de limites, les procès ciliaires, le ligament suspenseur, l'hyaloïde, le corps vitré sont envahis. En avançant progressivement, les lésions usent la sclérotique; celle-ci sur le point de se perforer apparaît bleuâtre, ardoisée; une ectasie peut se former, retardant ainsi la perforation. Ce staphylome intercalaire aura une courte durée, les lésions progressant sans cesse, et une fois le fongus formé va se cantonner dans d'étroites limites ou bien prendre rapidement un grand développement. Nous savons

(1) 21e Réunion de la Société ophtalmologique de Heidelberg, 1891.
(2) *Archives d'ophtalmologie* 1892 p. 479.
(3) *Traité d'ophtalmologie*, 1886, p. 359.
(4) *Traité d'ophtalmologie*, 1894, t. I, p. 318.
(5) *Manuel*, 1892, p. 338.
(6) Société française d'ophtalmologie, 1898, p. 88.

ANTISEPTIQUE DÉSINFECTANT

LYSOL

ECHANTILLON GRATUIT
à MM. les Médecins qui en font la demande
à la
SOCIETE FRANÇAISE DU LYSOL
22 et 24, Place Vendôme, Paris.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE.

VACANCES DE PAQUES

A l'occasion des vacances de Pâques, les coupons de retour des billets d'aller et de retour délivrés à partir du 7 avril 1900, seront tous valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 26 avril.

Avis à nos lecteurs.

Nous rappelons à nos lecteurs, à nos abonnés et à nos collaborateurs, que tout ce qui concerne la rédaction (livres, journaux, manuscrits, communications, etc., etc.) *doit être adressé au Rédacteur en chef, et tout ce qui concerne l'Administration* (abonnements, librairie, annonces, changements d'adresse, mandats) *à* **M. A. ROUZAUD.**

avec quelle indolence évolue la forme atténuée qui guérit, ici les douleurs spontanées peuvent encore manquer, mais la palpation de la tumeur qui forme le staphylome intercalaire pourra en déterminer, douleurs qui cesseront quand la sclérotique aura laissé passer le fongus. Cette forme particulièrement grave a été fréquemment observée chez les enfants et pour l'expliquer il était naturel de faire entrer en considération l'influence de l'âge, les conditions d'hérédité, de résistance locale et générale, en un mot les causes de terrain qui étaient susceptibles d'activer l'évolution tuberculeuse, cause de terrain auxquelles il convient de joindre les causes inhérentes à l'activité du bacille lui-même, activité pouvant être exaltée, ou ralentie, ou épuisée.

La question du tonus mérite de nous retenir quelques instants. Dès que la sclérotique a cédé, il y a hypotonie et dans le cas où la rupture serait assez petite pour échapper à la vue, l'hypotonie la décellerait comme elle sait faire reconnaître qu'après un traumatisme il y a rupture de la coque sclérale même dans le cas où l'œil est rempli de sang. Il n'y a rien là que de très naturel. Plus discutable serait l'opinion de Wagenmann qui pense que la tuberculose de l'œil détermine de l'hypotonie. Et il s'agit, bien entendu, d'une hypotonie du début, qui entrerait dans le tableau symptomatique de la tuberculose oculaire; et il ne saurait être question de l'hypotonie qui accompagne la phtisie de l'œil. Je n'ai jamais, pour ma part, trouvé cette hypotonie. En tous cas, la recherche du tonus dans la tuberculose oculaire n'est pas seulement d'ordre spéculatif, cette affection pouvant prendre l'allure du glaucome. Lubowski (1) rapporte à ce sujet l'observation bien intéressante d'un homme de 28 ans qui fut atteint de glaucome aigu et absolu. L'examen ophtalmoscopique était impossible. En trois mois, l'œil fut complètement perdu et, comme les douleurs étaient très intenses, on dut pratiquer l'énucléation, opération qui soulagea le malade et qui permit de faire le diagnostic vrai. Au microscope on constata une tuberculose de l'iris, du corps ciliaire et de la partie inférieure de la rétine; celle-ci avait une épaisseur d'au moins trois fois la normale. L'auteur a fait des recherches bibliographiques qui lui ont permis de trouver trois cas analogues au sien, ce qui porterait actuellement à quatre seulement les observations de tuberculose oculaire évoluant sous la forme de glaucome aigu. C'est peu, mais suffisant pour attirer l'attention sur une forme bien spéciale de tuberculose oculaire évoluant dans le segment antérieur de l'œil, car il est à noter dans l'observation de Lubowski que la choroïde resta intacte.

Nous avons vu plus haut qu'il y a une forme de tuberculose de l'iris caractérisée par un seul tubercule, le granulome de V. Graefe, or, il n'est pas sans intérêt d'appeler l'attention sur une forme qui montrera une des nombreuses difficultés du diagnostic, *forme où le nodule solitaire n'existe même pas*; ici, plus de symptômes inflammatoires de l'iris et du corps ciliaire; seulement de légers troubles du corps vitré, quelques dépôts sur la membrane de Descemet et une légère opacification du cristallin ; cette légère opacification pouvant faire des progrès et aboutir à une cataracte complète. Cette forme bien spéciale a été constatée par R. Denig et son maître, le Pr Michel (2).

En terminant ce tableau descriptif de la maladie, j'ajouterai un mot sur l'examen ophtalmoscopique. Je mets de côté, bien entendu, les cas de tuberculose du tractus uvéal postérieur pour ne parler que de la tuberculose du tractus uvéal antérieur tout en reconnaissant ce qu'il y a d'artificiel dans cette distinction, mais distinction utile à établir pour la description de ces deux types de localisation nécessairement un peu schématisés. Bien que le processus paraisse d'après les lésions objectives se limiter au segment antérieur de l'œil, il ne sera pas rare de constater que le nerf optique est atteint. Il y a papillite à un degré plus ou moins prononcé. Devant un pareil symptôme il va sans dire qu'on devra aussitôt faire un examen approfondi du fond de l'œil et de l'état cérébral, s'assurer en un mot que l'on a affaire à une papillite d'*origine oculaire* et non à une papillite d'origine cérébrale, révélatrice d'une méningite tuberculeuse. Dans le cas de papillite d'origine oculaire et par irido-cyclite tuberculeuse on conçoit très bien que les agents phlogogènes pénètrent dans l'espace périchoroïdien pour, de là, se répandre dans l'espace sous-dural du nerf optique (voies lymphatiques postérieures). (*A suivre.*)

(1) *Arch. f. Augeuh.*, t. XXXV, 1897, p. 183.
(2) *Arch. f. Augenh*, t. XXXI, 1895.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Statistique des opérations pratiquées à l'Hôpital Bichat (*Service des consultations spéciales*) pendant l'année 1899 (*suite*) (1).

Par Félix TERRIER,
Chirurgien de l'Hôpital Bichat, Professeur de Médecine opératoire à la Faculté de Paris.

Exposé des causes de mort. — Une fracture compliquée de la voûte du crâne avec destruction partielle du lobe frontal. Ablation des esquilles. Mort de méningo-encéphalite le dixième jour (Chaillous).

Un cancer du sein avec amputation de la glande et curage de l'aisselle. Septicémie. Mort au vingt-troisième jour (A. Bernard).

Les 197 opérations sur l'abdomen ont donné 39 morts qui se décomposent ainsi :

1 énorme hernie inguinale droite du gros intestin chez un obèse. Laparotomie. Mort subite au cinquième jour, par embolie constatée à l'autopsie (Terrier).

8 hernies inguinales étranglées, avec 3 morts. Dans un cas, il s'agissait non pas d'une hernie étranglée, mais d'irréductibilité d'une hernie au cours d'une crise appendiculaire méconnue. Erreur de diagnostic. Kélotomie. Mort en 48 heures. A l'autopsie péritonite avec perforation de l'appendice (Gosset). Dans le second cas on avait affaire à une hernie étranglée depuis 2 jours. Mort en 24 heures (Veau). Le troisième malade fut opéré pour un étranglement datant de 3 jours. Mort 1 heure après la kélotomie (Cunéo).

Les hernies crurales étranglées ont fourni 1 mort. Etranglement datant de 2 jours, malade présentant des signes de péritonite. Mort 1 heure après l'intervention par continuation des accidents (Cunéo).

Il y a eu 3 morts pour hernies ombilicales étranglées. Dans un cas, il s'agissait d'une femme obèse chez laquelle, au cours d'une bronchite intense s'était produite la rupture de la cicatrice ombilicale. La plus grande partie du colon transverse était exposée au dehors depuis *trois jours*. Cure radicale. Mort au quatrième jour, par continuation des accidents péritoniques (Gosset). 1 seconde hernie ombilicale étranglée depuis 2 jours chez une femme de 75 ans. Mort au troisième jour (Gosset). Dans le troisième cas, il s'agissait d'une hernie ombilicale étranglée depuis 8 jours, avec phlegmon bronzé de la paroi abdominale et sphacèle de l'intestin. Simple débridement de l'anneau, sans réduction de l'intestin. Mort au troième jour (Chaillous).

13 laparotomies pour causes diverses ont été suivies de 7 morts; 1 pour contusion de l'abdomen avec rupture complète de l'intestin, pratiquée 12 heures après l'accident, avec péritonite. Mort en 24 heures (Gosset). 1 pour arrachement du mésentère et section de l'iléon à sa terminaison, avec hémorragie abondante. Iléo-colostomie. Mort en 12 heures (Gosset). 1 laparotomie exploratrice pour cancer du foie. Mort au dixième jour de cachexie (Terrier). 1 laparotomie exploratrice pour cancer de l'estomac. Mort au troisième jour, de cachexie (Terrier).

Cinq laparotomies pour occlusion intestinales ont donné 3 morts : 1 pour occlusion datant de cinq jours, due à une torsion du mésentère. Anus cæcal. Mort 5 heures après (Chaillous). Une autre pour cancer du

(1) Voir *Progrès Médical*, n° 11.

rectum avec occlusion datant de 6 jours. Anus iliaque. Mort rapide après l'opération (A. Bernard). La troisième des laparotomies suivies de mort, a été faite pour occlusion datant de 8 jours. Anus cæcal. Mort en 48 heures (Gosset). Ces trois morts par continuation des accidents péritonitiques.

Il y a eu 10 morts à la suite des 32 opérations pratiquées sur l'estomac :

5 gastrectomies : une mort au cinquième jour, par septicémie gastrique, sans lésions péritonéales (Terrier). 1 mort au septième jour. Ulcère de l'estomac ; résection pertielle de la face antérieure ; stase pylorique ; gastro-entérostomie au sixième jour (Terrier). 1 mort de choc et d'hémorragie (Hartmann). Une avec *circulus viciosus* (Hartmann). 1 mort avec cachexie et œdème pulmonaire au trentième jour (Hartmann).

3 gastro-entérostomies : 1 mort par hémorragie d'un ulcère gastrique au sixième jour (Hartmann). 1 mort avec abcès ancien du foie, occupant tout le lobe droit (Hartmann). 1 mort au vingt-septième jour de bronchopneumonie grippale (Hartmann).

2 gastrostomies : 1 mort, 24 heures après, de cachexie (Gosset). 1 mort au bout de trois semaines par cachexie (Gosset).

Les opérations sur l'intestin donnent 6 morts : 1 exclusion de l'intestin-grêle pour cancer. Mort au sixième jour, par rétention septique dans l'anse exclue. Pas de péritonite (Terrier). Une incision pour appendicite avec péritonite gnéralisée datant de 4 jours. Mort (Bernard). 1 mort pour appendicite à froid, par phlegmon gazeux de la paroi (Hartmann). 1 résection du gros intestin. Mort par péritonite (Hartmann). 1 entéro-anastomose. Mort à la troisième semaine, par envahissement néoplasique de la bouche (Hartmann). 1 entéro-anastomose. Mort par péritonite (Hartmann).

3 morts sont survenues pour 22 interventions sur le foie et les voies biliaires : cholécystite calculeuse suppurée, cholécystostomie. Mort au cinquième jour de péritonite suppurée (Gosset). Cholécystostomie pour épithélioma des voies biliaires. Mort 24 heures après par cachexie (Terrier). Cholédochotomie pour calcul. Mort en 48 heures. Septicémie (Hartmann).

1 laparotomie exploratrice pour péritonite subaiguë. Mort par continuation de la péritonite (Hartmann). 1 laparotomie exploratrice pour néoplasme utérin. Mort au dixième jour de cachexie (Hartmann).

1 anus hypogastrique pour cancer intestinal. Mort en 48 heures, avec deux perforations du jéjunum, au niveau d'ulcérations de la muqueuse (Hartmann).

Une laparotomie exploratrice pour péritonite tuberculeuse. Morte dans la journée même de cachexie (Terrier).

Les 206 opérations pratiquées sur les organes génitaux de la femme ont donné 20 morts : 1 laparotomie pour hématocèle pelvienne avec inondation péritonéale, est morte au troisième jour. L'examen direct du sang épanché dans l'abdomen et recueilli au cours de l'opération, ainsi que les cultures, ont prouvé la septicité de l'épanchement péritonéal. Mort de péritonite (Terrier). 1 femme opérée pour un kyste ovarique est morte le jour meme de l'opération, par hémorragie au niveau du pédicule (Terrier). 1 laparotomie pratiquée sur une malade atteinte de kyste ovarique, avec rupture du kyste n'a pu arrêter les accidents péritonitiques (Terrier). 1 malade opérée d'un kyste inclus dans le ligament large du côté droit est morte au troisième jour, avec péritonite par sphacèle de l intestin, à la suite de déchirures et de ligatures du mésentère (Terrier).

L'hystérectomie abdominale sus-vaginale a donné 8 morts : 2 pour fibromes : dans un cas il s'agissait d'un fibrome pesant 24 kilos, la malade est morte en 24 heures, avec anurie (Terrier) ; dans l'autre, il se produisit au cinquième jour, une perforation de l'S iliaque au niveau du surjet péritonéal, d'où péritonite (Terrier). 2 morts pour fibrome et salpingites suppurées. Une femme opérée pour un fibrome et une double salpingite suppurée est morte au troisième jour de péritonite (Hartmann). Fibrome et salpingite suppurée. Mort en 48 heures de péritonite (Hartmann).

Pour les salpingites suppurées, on compte deux morts : 1 au huitième jour, avec infection et accidents méningés (Terrier) ; l'autre avec salpingite et appendicite, en période aiguë. Mort de septicémie en 48 heures (Bernard). — 2 morts pour ablation de fistule abdominale toutes deux par péritonite (Terrier).

L'hystérectomie abdominale totale a fourni 5 morts : 2 pour fibromes ; dans un cas il s'agissait d'un fibrome sphacélé, péritonite (Terrier) ; dans l'autre d'un fibrome avec polype infecté, péritonite (Guillemin). 2 morts pour salpingite : salpingite double, suppurée et appendicite, péritonite (Terrier) ; salpingite double, suppurée et appendicite, annexes droites intimement adhérentes à la paroi pelvienne et aux anses intestinales, péritonite (Terrier). 1 mort pour cancer des ovaires. Mort au troisième jour (Hartmann).

Il y a eu 2 morts par rétention placentaire et infection puerpérale. Dans un cas, il y eut perforation utérine au cours du curettage et mort en 48 heures (Bernard) ; dans l'autre, les accidents infectieux continuèrent après le curettage et la malade mourut au trente-quatrième jour (Gosset).

1 hématome de la grande lèvre, avec sphacèle, incision large, lavages à l'eau oxygénée. Mort par infection (Chaillous).

Les 19 opérations pratiquées sur les voies urinaires ont donné 2 morts : 1 malade atteinte de pyonéphrose et sur laquelle fut pratiquée la néphrostomie mourut au bout de 24 heures. L'autopsie permit de constater au niveau du hile du rein une poche suppurée qui n'avait pas été ouverte (Hartmann). Un malade, tuberculeux avancé, atteint d'abcès urineux, meurt 24 heures après l'ouverture du foyer (Bernard).

On compte 4 morts, dans les 86 opérations pratiquées sur les membres inférieurs : 1 suture de rotule, morte subitement au quinzième jour (Terrier). 1 ostéomyélite aiguë du fémur morte d'infection, malgré la trépanation de l'os (Veau). 1 ostéomyélite de l'os iliaque avec foyers multiples (Cunéo). 1 amputation de cuisse pour tumeur blanche du genou, chez un malade arrivé à un degré avancé de cachexie. Mort pendant l'anesthésie chloroformique.

Résumé des opérations selon les régions :

	Opérations	Guérisons.	Morts.
1° Sur le crane et la face.	27	26	1
2° Sur le cou.	17	17	0
3° Sur le thorax et la colonne vertebrale.	25	24	1
4° Sur l abdomen.	197	159	38
5° Sur l'anus et le rectum	28	28	0
6° Sur les organes génitaux de la femme	206	186	20
7° Sur les organes génitaux de l'homme.	28	28	0
8° Sur les voies urinaires	19	17	2
9° Sur les membres supérieurs . . .	41	41	0
10° Sur les membres inférieurs . .	86	82	4
	674	608	66

Les 674 opérations ont donné 66 morts, soit en bloc une mortalité de 9,79 0/0.

Tableau indiquant les causes de mort :

A. — *Morts rapides* (Choc ou cachexie).
1 Laparotomie pour contusion de l'abdomen.
1 Gastrectomie.
1 Gastrostomie.
1 Laparotomie exploratrice pour péritonite tuberculeuse.

B. — *Complications survenues après l'opération.*
a) *Complications pulmonaires :*
Œdème pulmonaire et cachexie : 1 gastro-entérostomie
Broncho-pneumonie : 1 gastro-entérostomie.
Embolie : 1 cure opératoire de hernie inguinale.
b) *Complications rénales.*
Anurie : 1 fibrome.
c) *Complications encéphaliques.*
1 Accidents méningés huit jours après une hystérectomie sus-vaginale pour salpingite suppurée.

C. — *Persistance d'accidents antérieurs à l'opération.*
7 Hernies étranglées.
1 Contusion de l'abdomen avec sutures intestinales pour perforation.
3 Laparotomies pour occlusion intestinale.
1 Laparotomie pour appendicite avec péritonite généralisée.
1 Incision d'hématome infecté de la grande lèvre.
2 Infections puerpérales.
2 Ostéomyélites aiguës.
1 Homme cachectique tuberculeux avancé, avec abcès urineux, mort vingt-quatre heures après l'incision.
1 Néphrotomie pour pyonéphrose.
1 Cancer bilatéral des ovaires.
2 Gastro-entérostomies.
1 Gastrostomie. Mort trois semaines après par cachexie.
1 Laparotomie exploratrice pour néoplasme utérin. Mort au dixième jour de cachexie.
1 Anus hypogastrique pour cancer de l'intestin.
1 Entéro-anastomose.
1 Laparotomie exploratrice pour cancer du foie. Mort au dixième jour de cachexie.

D. — *Accidents septiques à la suite de l'opération.*
a) *Malades non infectés avant l'intervention.*
1 Fracture compliquée de la voûte du crâne.
1 Cancer du sein.
1 Entéro-anastomose.
1 Exclusion de l'intestin.
1 Résection du gros intestin.
1 Cholécystotomie pour épithélioma des voies biliaires.
1 Cholécystotomie pour lithiase biliaire.
1 Kyste du ligament large.
1 Fibrome.
1 Gastrectomie.
b) *Malades infectés avant l'intervention.*
1 Inondation péritonéale avec infection.
1 Laparotomie pour kyste ovarique rompu.
2 Fibromes avec salpingites suppurées.
3 Salpingites suppurées.
2 Fistules abdominales.
2 Fibromes sphacélés.
1 Laparotomie exploratrice pour péritonite subaiguë.
1 Laparotomie pour contusion abdominale.

E. — *Accident dû au chloroforme.*
1 Syncope mortelle au cours d'une amputation de cuisse, chez un garçon très affaibli.

F. — *Cause inconnue. — Syncope (?)*
1 [illegible] Mort subite au quinzième jour.

G. — *Fautes opératoires.*
1 [illegible] avec gastro-entérostomie morte par coudure de l'anse.
1 Résection partielle de l'estomac pour ulcère, morte avec [illegible] par oblitération pylorique.
1 [illegible], hémorragie par le pédicule mal lié.
1 [illegible] Perforation utérine (Bernard).

En terminant cette statistique, la dernière que nous publions ayant fini notre temps d'exercice à l'hôpital Bichat, on nous permettra d'émettre un désidératum. Nous espérons que nos successeurs, chirurgiens dans cet hôpital, publieront à leur tour la statistique de leur service et répondront ainsi au vœu formulé en 1880 par le Conseil municipal de la Ville de Paris, sur la proposition de Bourneville, lorsque fut décidée la *création de l'hôpital Bichat*.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'enseignement de la Médecine légale dans les Facultés de Médecine de France (1).

§ IV. Faculté de Médecine de Bordeaux.

La Faculté de Médecine de Bordeaux a été fondée en 1878 et ses cours ont été inaugurés en novembre de la même année. Une chaire de médecine légale faisait partie des onze chaires pourvues, dès l'abord, de professeurs titulaires. les dix autres étaient confiées à des chargés de cours qui furent, sauf deux fonctionnaires décédés, tous titularisés à des dates diverses. La chaire de *Médecine légale* fut attribuée à M. le Pr MORACHE, qui l'occupe encore aujourd'hui.

M. Morache eut quelques difficultés à vaincre pour arriver à organiser son enseignement, non que la bonne volonté manquât le moins du monde, mais parce que, dans les prévisions premières, on n'avait pas songé à la création d'un laboratoire spécial, et parce que l'on se heurtait à des questions de personnes pour l'organisation de l'enseignement clinique sous la forme des autopsies judiciaires et de l'admission des étudiants à ces opérations. La réalisation de cette dernière réforme n'eut lieu qu'au bout de douze ans. Il fallut attendre que le médecin qui avait la charge de « médecin au rapport », renonçât, par suite de son âge, à ses fonctions et que la justice voulût bien les confier à l'agrégé spécialement indiqué en médecine légale, en les rattachant, ainsi, mais latéralement à la Faculté. M. le Dr Lande, si honorablement connu à tous les titres, remplit cet emploi de la façon la plus remarquable, et, comme son temps d'exercice d'agrégation est expiré, on lui a donné les fonctions de chef des travaux de médecine légale, dans le but d'utiliser encore le fruit de son savoir et de son expérience.

Le *laboratoire de médecine légale* fut d'une création moins laborieuse. Pendant quelques années, alors que se construisait la Faculté actuelle, il fut organisé à titre provisoire dans les bâtiments de l'ancienne caserne Saint-Raphaël, aujourd'hui livrée en partie à l'Assistance publique. mais où se trouvent encore, toujours à titre provisoire, *après vingt-deux ans*, les laboratoires de chimie, physique médicale, histoire naturelle et ceux de l'enseignement pharmaceutique.

Quand, en 1885, la Faculté prit possession des magnifiques bâtiments, édifiés sur la place Saint-Julien, au compte de la Ville de Bordeaux, qui en fit remise à l'Instruction publique, et qui avaient été construits sur les plans de M. Pascal, membre de l'Institut, le laboratoire de Médecine légale put s'installer d'une façon beaucoup plus complète dans des locaux où ne manquent ni l'espace ni la lumière. En outre, comme annexe, il existe une salle spéciale des autopsies médico-légales un peu insuffisante, il faut le reconnaître, comme dimensions et comme éclairage. Il ne restait de disponible que ce local. Un musée existe dans ce laboratoire, mais par suite de circonstances diverses, il est loin d'être complet et est plutôt un espoir qu'un organisme complet.

Quelque large qu'eût paru, aux premiers débuts, le plan de la nouvelle Faculté, on ne tarda pas à comprendre, même avant d'y entrer, que les espaces bâtis ne répondaient pas aux besoins. Les personnes qui avaient inspiré les plans n'avaient peut-être pas eu la conception des besoins de l'enseignement moderne, — la même erreur a été commise à Paris (2), — en tout cas leurs prévisions se rapportaient

(1) Voir les nos 7 et 8.
(2) Nous y avons fait en partie remédier. (B.)

taient à un chiffre d'étudiants que l'on supposait devoir atteindre 500 au plus, et qui depuis plusieurs années est supérieur à 1.100. On fut donc obligé d'étudier un agrandissement immédiat, tout en laissant à Saint-Raphaël, comme nous l'avons vu plus haut, un certain nombre de services.

Ce n'est jamais chose rapide ni facile d'obtenir des crédits, de faire adopter des plans annexes à d'autres qui ont coûté des millions, et cela dans une ville qui depuis vingt-cinq ans en a dépensé plus de soixante en locaux d'instruction. Néanmoins, on aboutit encore, et une nouvelle convention règle les parts respectives de l'Etat et de la Ville de Bordeaux pour les travaux complémentaire de la Faculté de Médecine. Dans les nouveaux plans, il a été prévu un *Institut médico-légal*, comprenant une morgue municipale, à la fois établissement d'instruction avec salles d'autopsie et laboratoires de recherches. Cet Institut médico-légal fait du reste partie des bâtiments reliés à la Faculté actuelle.

Le laboratoire de la Faculté possède un outillage instrumental suffisant aux recherches et qui peut être utilisé aussi bien pour les expertises judiciaires que pour les recherches personnelles ou pour l'étude. Un assez grand nombre de thèses y ont été préparées.

Actuellement l'enseignement de la Médecine légale à la Faculté de Bordeaux est donné dans les conditions suivantes :

1° Pendant le semestre d'hiver, M. le Pr Morache fait son cours officiel de Médecine légale trois fois la semaine, les lundis, mercredis et vendredis à cinq heures du soir au grand amphithéâtre sud. Le cours est conçu de telle façon qu'il ne peut être complet qu'en cinq ou six ans, et il ne saurait en être autrement à moins de le restreindre à n'être qu'une préparation aux examens. Or, telle n'est pas évidemment la conception d'un cours de Faculté. A notre époque, où la littérature médicale est pourvue, dans toutes les branches des sciences biologiques, d'ouvrages aussi complets qu'intéressants, le cours doit être moins un exposé de faits qu'une étude envisagée de très haut, une sorte de philosophie de la branche des sciences biologiques que l'on étudie. Le professeur doit intéresser son auditoire, en recherchant avec lui les progrès que la question a accomplis aux différentes époques et comment, de transitions en transitions, on en est arrivé à la situation actuelle, prouver qu'elle est en accord avec le milieu social, avec l'état scientifique général, démontrer que de nouveaux progrès accomplis dans l'ensemble auront pour résultat des progrès dans la question qui fait l'objet du cours, montrer enfin par l'exemple particulier, que la science est une et que, malgré une dichotomie apparente, indispensable pour l'étude, toutes les branches des sciences biologiques sont intimement unies et dépendantes les unes des autres.

Appliquant cette méthode à la Médecine légale, M. Morache considère sans doute la Médecine légale comme l'ensemble des ressources que les sciences médicales mettent à la disposition de la justice pour la recherche de la vérité, mais aussi comme l'étude des rapports qui existent entre les sciences biologiques et les législations des peuples, les mœurs origines des lois, dans les différentes conditions de temps, de races et de milieux. On objectera peut-être que de telles recherches ressortissent aussi bien aux études de la philosophie ou du droit qu'à celles de la médecine. Si l'on veut bien y réfléchir, on verra que le terrain le mieux préparé est encore le milieu médical, parce qu'il est celui où les questions biologiques sont étudiées le plus complètement. M. Morache cherche à entrer dans cette voie, sauf à revenir sur le terrain pratique toutes les fois qu'il est possible et qu'il est nécessaire.

Le cours est fréquenté par les étudiants en médecine, un nombre à peu près égal d'étudiants en droit, de jeunes avocats et une certaine proportion d'auditeurs libres, appartenant à différentes catégories. Les leçons d'ordre général, philosophique, semblent avoir pour ce public plus d'intérêt que les leçons plus spécialisées. En tout cas, il paraît intéressant de suivre l'évolution cherchée par M. Morache et qu'il est très loin de regarder comme ayant atteint une forme définitive. Encouragé par son auditoire, il marche dans une voie où paraissent le suivre volontiers ceux qu'il associe à ce qu'il regarde comme une étape en avant, comme un pas de fait vers la rénovation scientifique de l'arsenal des législations existantes.

2° Pendant le semestre d'été, M. Lande, chef de laboratoire, fait aux seuls étudiants en médecine un cours, avec exercices pratiques, de Médecine légale appliquée. Ce cours est absolument bénévole de la part du professeur. Il y obtient un succeès très légitime.

3° Pendant toute l'année, le même chef de travaux, profitant de sa situation de médecin ordinaire du parquet, et après une convention amiable avec les services judiciaires, pratique devant les étudiants en médecine de quatrième ou cinquième année les *autopsies* requises par la justice ou par les officiers de police judiciaire. A cet effet, sont transportés à la Faculté les sujets qui ont été déposés à la *morgue municipale*, encore établie dans un petit bâtiment des quais et insuffisante à tous les titres. Y sont encore transportés les cadavres provenant des exhumations ou des instructions judiciaires suivies par le parquet de Bordeaux ou même par les parquets voisins. Ces transports ne sont ni obligatoires, ni constants. On comprend qu'ils dépendent de bien des circonstances. En fait, il est pratiqué environ quarante à cinquante autopsies médico-légales cliniques à la Faculté de Bordeaux, année moyenne.

4° Pendant le semestre d'été, M. le Dr Régis, ehargé du Cours clinique des maladies mentales, traite théoriquement, et autant que possible pratiquement, les questions de diagnostic des affections mentales dans leur rapport avec les problèmes de responsabilité. Il s'entend avec le professeur de Médecine légale au point de vue du programme de ses conférences annuelles. Notre savant collaborateur M. Régis, dont les travaux lui ont acquis une légitime notoriété, obtient dans son enseignement le plus grand et le plus légitime succès.

L'enseignement de la Médecine légale à Bordeaux, constitué comme il vient d'être dit, réalise à peu près ce que l'on peut faire dans les conditions générales actuelles. Pour être plus complet, il faudrait que les étudiants fussent autorisés à assister à des expertises médico-légales, dans la mesure compatible avec la discrétion que doivent conserver les opérations judiciaires. On ne pourrait plus voir, comme il est arrivé à Paris, un jeune expert amené à déclarer que s'il s'était trompé dans un diagnostic de virginité, c'est qu'il n'avait jamais vu de femme vierge, et en possession d'une membrane hymen, et que s'il avait cherché à en voir il se serait rendu coupable d'un attentat à la pudeur. Il faudrait aussi que les futurs experts pratiquassent sous les yeux d'un maître toutes les opérations et recherches afférentes à la Médecine légale, qu'ils fassent un stage assez long dans les services des maladies mentales, etc.

Véritablement, on se demande si ces choses sont impossables aux étudiants en doctorat, déjà surchargés de cours, de conférences et d'exercices pratiques? Il semble que le progrès consisterait à ne plus désigner comme experts que les docteurs ayant fait des études spéciales, consacrées par

un brevet particulier, sorte d'addendum au doctorat ordinaire. Tel est, croyons-nous, le but à poursuivre. Jusque-là, en dehors des grandes villes, et sauf de très honorables exceptions, les expertises médico-légales seront toujours œuvre incomplète, et trop souvent peu justifiées ou discutables dans leurs conclusions.

Nous terminerons dans un prochain numéro la publication des documents que nos correspondants ont eu l'amabilité de nous transmettre sur l'enseignement de la médecine légale dans les Facultés de Médecine françaises. Nous nous bornerons aujourd'hui à relever le cas du jeune expert qui, pour excuser la grossière erreur qu'il avait commise, déclara n'avoir jamais vu de femme vierge dans le courant de ses études médicales et qui prétendait maladroitement que s'il avait cherché à en voir il se serait rendu coupable d'un attentat à la pudeur! En étudiant l'anatomie, à l'Ecole pratique, il aurait pu examiner les organes génitaux sur les cadavres ; même chose dans les hôpitaux en pratiquant les autopsies; enfin dans les services d'enfants, il est très fréquent d'avoir l'occasion d'examiner les parties sexuelles des enfants à l'occasion des vulvites qu'elles présentent. Inutile d'insister. B.

Conférences de thérapeutique : M. Vaquez agrégé.

Notre excellent ami Vaquez a pris pour sujet de ses conférences cette année l'*opothérapie*, et sa première leçon a été consacrée aux étapes historiques de cette médication. Il montre d'abord que, dans l'antiquité, la thérapeutique par les organes s'alliait aux pratiques religieuses ou surnaturelles. Mais jusqu'à la Renaissance, il n'y avait, dans cette thérapeutique, aucune idée directrice ; à ce moment et jusqu'à la fin du XVII[e], on mêle à l'opothérapie les pratiques magiques et sa vogue n'en diminue pas ; puis, pendant le XVIII[e] siècle, elle tombe dans le discrédit pour ne renaître qu'avec les travaux de Claude Bernard et de Brown-Séquard, sur les sécrétions internes, mais ce n'est qu'en 1889 que ce dernier attira de nouveau, et avec quel retentissement, l'attention sur la pratique de la thérapeutique organique. Mais si on veut que celle-ci ne tombe pas de nouveau dans l'oubli, il sera nécessaire de faire l'étude pharmacologique complète de ses multiples produits, en préciser le mode de préparation, de conservation, la forme sous laquelle ils doivent être utilisés et ses indications thérapeutiques exactes. Alors seulement la médication opothérapique reposera sur l'assise scientifique sérieuse qui lui manque encore aujourd'hui, et qui lui assurera un avenir brillant. L. H. R.

Ecole de Médecine de Rennes. — *Concours pour un emploi de chef des travaux d'anatomie et d'histologie.* — Un concours sera ouvert devant l'Ecole de Médécine de Rennes, le 17 septembre 1900, pour un emploi de chef des travaux et d'histologie a cette école. — *Conditions du concours* : Nul ne peut être admis à concourir s'il n'est Français ou naturalisé Français, âgé de 25 ans, et s'il ne justifie du grade de docteur en médecine dans une Faculté française. Les candidats doivent se faire inscrire au secrétariat de l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes, un mois avant l'ouverture du concours, et y déposer leur acte de naissance, leur diplôme, l'indication de leurs titres universitaires, et, s'il y a lieu, un exemplaire au moins des publications scientifiques dont ils seraient les auteurs.

Concours pour trois emplois de chef de clinique. — Des Concours seront ouverts devant l'Ecole de Médecine de Rennes : 1° le 1er octobre 1900, pour un emploi de chef de clinique médicale ; 2° le 8 octobre 1900, pour un emploi de chef de clinique chirurgicale ; 3° le 15 octobre 1900, pour un emploie de chef de clinique obstétricale gynécologique.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 18 mars 1900. — Présidence de M. Troisier.

Bacille de Pfeiffer.

M. Rosenthal a trouvé, dans 19 cas de broncho-pneumonie infantile, 15 fois le bacille de Pfeiffer, qu'il dénomme cocco-bacille hémophile pour rappeler son principal caractère. On doit confondre avec ce bacille les espèces A et B de Grasberger, le bacille d'Elmossian. Les plus belles cultures sont obtenues par le réemplantement et le surpiquage tardif. L'inoculation intra-pulmonaire du cocco-bacille, mélangé à une culture vieille de staphylocoque dosé tue le lapin de congestion pulmonaire. L'absence du cocco-bacille dans quelques cas de grippe, sa présence signalee en dehors des épidémies, sa fréquence dans les affections des voies respiratoires amènent à cette conclusion : le cocco-bacille hémophile est un microbe ordinaire de la flore pathologique pulmonaire; il n'est pas le microbe de la grippe.

Hypothermie chez certains arthritiques.

M. Boucheron rappelant la note si importante de M. Charrin sur la nature du rhumatisme, constate la présence de l'acide urique dans la salive dans l'intervalle des repas ; et l'acide urique existe aussi chez les rhumatisants *microbiens.* L'*hypothermie* est fréquente chez les arthritiques adultes ; elle descend de 3, 4, 5 dixièmes de degrés ; elle est si commune qu'elle a dû être d'observation courante, et chez ces malades, la fièvre s'accuse par une température axillaire de 37°,5, 37°,8, 38°,2. C'est une notion importante à garder sur chaque malade, car cette évaluation pourrait induire en erreur dans l'appréciation de la maladie, d'après la seule température. Ces sujets sont des arthritiques à nutrition retardante, suivant l'expression du Pr Bouchard. L'auteur conclut : il y a une hypothermie des infectés chroniques à côté de l'hypothermie des tarés (Charrin).

Sérothérapie dans les rhumatismes à streptocoques.

M. Boucheron a employé, dans certains cas de rhumatismes microbiens, dans le rhumatisme subaigu, le sérum de Marmorek adjoint à la thérapeutique rationnelle du rhumatisme ; ces expériences provisoires depuis 1897 surtout dans le rhumatisme oculaire, dans l'iritis, la médication streptococcique a obtenu la suppression des poussées ultérieures. Dans l'asthme nasal ou rhinite à streptocoque, même succès, retrouvé également dans certaines névralgies de la face liées à la streptococcie des sinus, des cavités du nez et de la gorge. Dans ces cas, l'auteur a recours aux doses faibles et répétées, un quart de centimètre cube, chaque jour, en injection momentanée; il augmente graduellement et dépasse rarement 1 c.c. Il y a parfois des réactions locales et parfois générales.

Expériences sur la tuberculose.

M. Richet. — Ces expériences suivies avec une vingtaine de substances chez des chiens tuberculeux ont agi favorablement en enrayant la marche de la tuberculose : urate de soude, chlorure de soude, cacodylate de soude, plomb, thallium, chlorhydrate d'ammoniaque, camphre, etc. C'est, sans doute, par l'affinité de ces corps sur la cellule nerveuse, que leur imprégnateur enraye l'imprégnation de cette cellule par le virus tuberculeux.

Modification de la muqueuse gastrique sous l'influence de quelques substances médicamenteuses.

MM. Théohari et Vagas. — Le salicylate de soude, l'arséniate de potasse, l'iodure de potassium, administrés à des chiens, à dose thérapeutique, n'ont donné aucun effet; l'iodure de potassium, au contraire, a produit sur cinq chiens des modifications histo-chimiques portant sur les

cellules principales qui ne présentaient que leur réticulum étendu à toute la cellule, sans traces de filaments basaux, de granulations andophiles fines ; aucune grosse granulation neutrophile dans les mailles. Au point de vue chimique, le chlore a diminué, et le pouvoir digestif sur la fibrine a disparu.

Effet de la demi-inanition chlorurée dans le traitement de l'épilepsie.

M. Ch. Roux a appliqué la méthode proposée par MM. Richet et Toulouse à quatre épileptiques ; le régime fut obtenu par le régime lacté absolu ; la dose de chlore est ainsi abaissée de 8 à 9 grammes à 4 grammes. Les crises ont rapidement disparu ; en salant le lait, les crises ont reparu.

MM. Jordet et Nivière ont piqué le quatrième ventricule chez plusieurs animaux ; le sang devient rouge dans la veine porte avant qu'apparaisse la glycosurie. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 30 mars 1900. — Présidence de M. Marey.

Tuberculose et désinfection.

La séance du 20 mars marquera une date en hygiène sociale. M. Grancher demande en effet à l'Académie de faire inscrire la tuberculose ouverte parmi les maladies à déclaration obligatoire. Cette communication remarquable par sa netteté, par l'absence de toute exagération, doit être lue *in extenso*. Les arguments bactériologiques tirées de la longue résistance du bacille de Koch, de la nocivité qu'ont ses toxines, même à l'état de poussière morte, ont une grande valeur. La commission de la tuberculose a d'ailleurs émis déjà un vœu analogue et ce vœu sera certainement adopté par l'Académie.

Percussion méthodique du crâne.

M. Lannelongue étudie les données fournies par MM. Gilles de la Tourette et Chipault pour déterminer par la percussion, l'épaisseur, les solutions de continuité, la synostose prématurée des os du crane. Ces données ont une réelle valeur pratique. Elles permettent en particulier de mieux préciser les indications de la trépanation et de la craniectomie.

Néphrectomie.

M. Pousson communique un fait de néphrite douloureuse à fosses hématurique, guérie par la néphectomie.

Résection étendue de l'estomac.

M. Ricard présente une malade ayant subi il y a onze mois pour cancer, la résection non seulemdnt de l'estomac, mais de la première portion du duodénum et de la majeure partie du pancréas. Les douleurs ont disparu, la malade a un facies excellent. Elle a engraissé de cinquante-deux livres. M. Ricard, insiste sur la bénignité relative des résections stomacales et sur les résultats qu'ils peuvent donner surtout à la période precoce.

Hyp rostose de l'orbite

M. Dianosy (de Nantes), communique un cas d'hyperostose de l'orbite, ayant résulté à l'ioduro de potassium et guéri par l'abasion.

Tractions rythmées de la langue dans la fièvre typhoïde.

M. Laborde communique une observation de M. Schneider, aide-major à l'hôpital militaire d'Oran, relative à un cas de fièvre typhoïde où se produisirent brusquement des phénomènes asphyxiques d'origine bulbaire qu'enraya la traction rythmée de la langue. Pendant deux heures la pince ne quitta pas la langue, et quand le malade sentait que les accidents allaient de nouveau se produire, par lui-même il pratiquait les tractions.

A propos de Vacher.

M. Laborde présente la reproduction en plâtre de la tête de Vacher ; il croit que c'était un irresponsable, et que les lésions du cerveau, démontrent cette irresponsabilité.

Election.

MM. Metchnikoff et Albert (de Vienne) sont élus associés étrangers. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 16 mars 1900. — Présidence de M. Troisier.

Rythme de Cheyne-Stockes dans l'artériosclérose.

M. Merklen considère la respiration de Cheyne-Stokes comme un signe du début de l'artérioselérose. Il pense que ce rythme n'est pas du ressort de l'urémie, car il en a observé des cas durant plusieurs années. C'est, d'après lui, un signe d'ischémie cérébrale exagéré et révélé par des troubles fonctionnels cardiaques. Il peut être encore la manifestation d'une toxémie passagère. La digitale exagère souvent ce symptôme, mais en l'associant avec la morphine quand aucune contre-indication n'existe pour cette dernière on arrive à l'amélioration.

M. Hirtz cite des cas analogues à ceux énumérés par M. Merklen ; dans certains, l'autopsie permit de déceler des lésions de l'encéphale.

Cacodylate de soude et épithélioma.

M. Renaut a observé une amélioration considérable dans un cas grave d'épithélioma de la langue, en donnant de une à cinq pilules par jour de 0 gr. 05 centigr. de cacodylate de soude. Aucun des inconvénients attribués à ce traitement ne fut constaté.

Leucémie.

MM. Hirtz et Labbé communiquent une observation de lymphadémie subaiguë qui a évolué en deux mois environ. Une septicémie d'origine nasale détermina la mort. La rate et la moelle des os étaient farcies d'embolies microbiennes.

MM. Widal et P. Merklen ont observé une leucémie à lymphocytes où ces cellules, en grandes quantités, avaient transformé le tissu de la rate et de la moelle des os.

Crises testiculaires de la filariose.

M. Rénon signale un cas de filariose avec crises douloureuses testiculaires. M. Audouin (de Haïti) a déjà observé les crises dues à la présence de la filaire dans les lymphatiques du testicule.

Hémiplégie consécutive à la scarlatine.

M. Terrier a, chez deux scarlatineux, vu survenir une attaque avec fièvre, incontinence d'urine, des matières fécales, trépidations épileptiformes, augmentation des réflexes, signe du gros orteil de Babinski, sans troubles sensitivo sensoriels.

J. N.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 mars 1900. — Présidence de M. Richelot.

Greffe de kystes hydatiques.

M. Quénu. — M. Potherat ayant qualifié de « hérétique » le fait de considérer une vésicule tombée d'un kyste hydatique comme susceptible de se greffer dans une région nouvelle, M. Quénu déclare que rien n'autorise M. Potherat à s'exprimer de la sorte, car la possibilité de la greffe d'une vésicule fille dans un tissu voisin ou dans le péritoine [illegible] de doute pour personne. M. Quénu présente d'ailleurs, à [illegible] de sa thèse un cas absolument significatif. Chez une malade opérée de kyste hydatique du foie il y a [illegible], [illegible] raître un petit kyste dans la cicatrice et [illegible] que la petite vésicule était placée sous la peau et [illegible] indépendante.

M. Routier a observé un fait absolument analogue [illegible] de M. Quénu et il l'interprète [illegible].

MM. Michaux et [illegible] déclarent que la possibilité [illegible] greffe des vésicules filles ne fait de doute pour personne

Rupture de la grossesse extra-utérine.

M. Routier présente un rapport sur deux observations de grossesses tubaires rompues et opérées l'une par M. Auvray, l'autre par M. Morestin, dans les deux cas, l'intervention consista dans la laparotomie, l'extirpation du kyste fœtal avec hémostase, et les deux cas furent suivis de succès; c'est là d'ailleurs, conclut M. Routier, la voie qu'il faut suivre; l'intervention doit être aussi précoce que possible quel que soit d'ailleurs l'état de la malade. Un point important est pour M. Routier la toilette péritonéale; il lui paraît très utile d'assécher complètement la cavité séreuse, d'où l'intoxication de laisser le plan incliné avant la fermeture de la paroi, manœuvre qui permet l'écoulement du sang qui s'accumule dans les parties supérieures de la cavité péritonéale. Il faut, d'autre part, prescrire le Mickulicz, dans ces cas du moins, pour éviter une éventration à une femme qui est généralement jeune et susceptible d'être enceinte.

M. Quénu a observé un cas analogue il y a environ cinq semaines. La malade, âgée de 15 ans, se présenta avec les signes d'une hémorragie interne extrêmement grave et elle avait eu un retard des règles. La laparotomie médiane fut faite sur le champ et la trompe coupable fut extirpée. Un drain fut laissé pendant 24 heures; la malade guérit très rapidement. A l'occasion de ce fait, M. Quénu fait remarquer que, d'une part, l'asséchement du péritoine lui paraît indispensable, ce sang pouvant déterminer des accidents graves, d'autre part, il n'y a qu'un moyen de drainer ici, comme partout, c'est d'employer un drain et l'emploi du Mickulicz est considéré par M. Quénu comme une pratique déplorable.

Traitement des fractures.

M. Delorme, à l'occasion des radiographies présentées par M. Tuffier, déclare que les rayons X sont inutiles pour reconnaître des déplacements aussi considérables, que ceux présentés par M. Tuffier : l'examen clinique doit suffire pour les constater. D'autre part, l'excellent résultat fonctionnel qui accompagne souvent ces déplacements, ne doit pas nous détourner de notre devoir qui est de poursuivre obstinément la formation d'un cal régulier, et, contrairement aux assertions de M. Lucas-Championnière, ce résultat peut parfaitemement s'obtenir avec l'appareil amoro-inamovible, à la condition que celui-ci soit bien fait et que le malade soit rigoureusement surveillé. L'appareil de M. Delorme est taillé dans des lames de zinc, comme dans celui de Raoul Deslonchamp. Après l'enlèvement de l'appareil, il faut continuer le traitement par le massage et surtout par l'électricité.

M. Loison présente des radiographies de 37 fractures et il constate bien que l'utilité de la radiographie, à la condition qu'elle est bien faite et bien interpretée, est incontestable à différents points de vue; soit pour examiner la fracture au moment de sa production, soit pour constater le résultat obtenu.

M. Maunoury présente une observation fort intéressante où la radiographie lui a permis de déterminer le siège d'un séquestre, en décours d'une périasite phlegmoneuse diffuse et l'intervention confirme pleinement les données obtenues à l'aide des rayons Rœntgen. Schwartz.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE.

Séance du 12 mars 1900. — Présidence de M. Brouardel.

Le secrétaire général annonce la mort de M. Bouchereau, et rappelle sa carrière faite toute de dévouement.

Discussion du rapport de la loi Cruppi.

M. Motet passe à la discussion du rapport de la loi Cruppi. C'est plutôt un sommaire qu'il présente à la Société, qu'une étude approfondie. La commission du Sénat a bien voulu demander l'avis de la Société de Médecine légale; elle attend les conclusions de cette dernière. Le Sénat est très favorable à ce projet de loi. M. Motet a hâte la rédaction de son rapport, afin de fournir plus tôt à la commission les renseignements que cette dernière demandait. Il rappelle comment est née la loi Cruppi. Les questions dans lesquelles la justice demande à la médecine son concours sont nombreuses. Parfois, il est arrivé que des experts ont pu commettre des erreurs, dont quelques-unes ont été préjudiciables à la défense. Cruppi aurait voulu diminuer autant que possible ces chances d'erreurs, et donner de la sorte plus de sécurité à la défense. Les critiques que l'on va faire au texte de cette loi ne sont pas pour attaquer son principe, mais plutôt pour sauvegarder l'esprit même de la loi. Aussi le rapporteur émet le vœu, que l'étude de la médecine légale prenne une extension plus considérable en vue de former plus tard des experts réellement compétents. Ce serait là une excellente solution du problème. Il serait souhaitable que le développement de cette branche de la médecine s'étendît non seulement à Paris, mais encore à toute la province, car les expertises, qui paraissent faciles, dans les grands centres, sont parfois difficiles à réaliser dans les petites villes. Assurément, dans cette voie, on peut faire plus que l'on a fait jusqu'ici. Le rapporteur passe alors en revue les articles 1 et 2 de la loi. Ces articles rappellent la façon dont sont requis les experts, dans les cas d'expertises médico-légales. Dans les expertises contradictoires, il serait à désirer que l'on augmentât le nombre des experts. De plus, il faudrait n'inscrire parmi les experts choisis dans les Facultés, que ceux qui auraient accepté d'être commis à cet effet.

Art. 3. — *Droit de l'inculpé de choisir son expert.* — Ce choix doit être fait dans l'espace de trois jours. Néanmoins, ce délai peut retarder l'instruction, et ce retard est parfois très préjudiciable à la manifestation de la vérité (blessures légères rapidement guéries, putréfaction cadavérique rendant des recherches ultérieures plus difficiles, parfois même impossibles).

Le rapporteur ne voit pas d'observations à faire aux articles 5 et 6.

Art. 7. — Peut-il se faire que sur deux experts, l'un soit l'expert de l'accusation, l'autre de la défense?

Assurément non. Après discussion, les conclusions devront être prises en commun par les deux experts.

Art. 9. — *Experts provisoires.* — Cette question est très délicate, car l'instruction professionnelle de l'expert provisoire peut être parfois insuffisante, et de ce fait le résultat d'une expertise médico-légale, être définitivement compromis. Aussi faudrait-il que les magistrats fussent toujours accompagnés d'un médecin expert, toutes les fois que la présence de ce dernier semble devoir être nécessaire.

Art. 8. — *L'arbitrage dans les cas de différents surgissant entre les experts.* — M. Jacomi fait remarquer que l'article 8 laisse certaines questions indécises. On a négligé de dire sur quelle liste les experts, jouant le rôle de tiers arbitre, devaient être choisis. Peut-on, par exemple, prendre n'importe quel expert, sur n'importe quelle liste, de n'importe quel ressort?

M. Le Président. — La même objection peut être faite, en ce qui concerne l'expert de la défense.

M. Vibert. — Il faudrait faire choisir l'expert dans la famille la plus voisine et dans certains cas, à Paris même.

M. Jacomi. — Il serait à désirer, dans ce genre d'expertise, que le tiers expert ait une autorité morale et scientifique, à l'abri de tout soupçon et qui s'impose aux magistrats et au jury. Il serait aussi nécessaire de créer des sortes de commissions d'arbitrage qui auraient pour avantage d'unir le nombre à la science. L'expertise serait faite par un des membres de la commission, devant laquelle seraient discutées ses conclusions.

M. Masbrenier. — La commission ne se déplaçant pas, on en reviendra au tiers expert.

M. Jacomi. — Le point important est que le rapport du tiers expert soit discuté devant la commission.

M. Constant. — Cette institution aura de plus l'avantage de diminuer le nombre des tiers experts. Les premiers, sachant qu'ils seront jugés par la commission, se mettront plus facilement d'accord.

M. Vibert partage l'avis de M. Masbrenier.

Le Président. — La jurisprudence exercée par ces commissions risque d'avoir un rôle fâcheux. Si quelque erreur glisse dans les conclusions de ces dernières, elle sera crée par un vote, et ce ne sera plus un homme, ma ciété médicale qui se trompera, ce qui est bien pl peut y avoir des divergances de détails dans le

ressorts, ayant chacun leur juriprudence médico-légale. Enfin, un expert pourra-t-il cumuler à la fois le titre d'expert ordinaire et de super-arbitre?

M. JACOMI. — Il n'y aurait qu'une seule commission à Paris. Et de ce fait, la question du cumul ne se pose plus.

M. MASBRENIER demande qu'il y ait un tribunal d'arbitrage, siégeant à Paris, qui jugerait sur pièces, et auquel serait soumise l'expertise du tiers expert.

M. DANET repousse énergiquement le projet des commissions d'arbitrage qui ne font que donner l'exemple d'un grand nombre d'experts ne pouvant s'entendre sur un point donné. Pratiquement, il y a un gros intérêt à avoir le moins d'experts possibles en cause. Les deux experts ou, s'ils ne peuvent se mettre d'accord, le juge d'instruction, devront choisir, sur une liste dressée, l'arbitre. Cette liste sera composée des experts ordinaires.

Les deux systèmes (tiers arbitre ou commissions d'arbitrage) sont mis aux voix.

La Société adopte le projet suivant : Le tiers expert est choisi par les deux confrères en désaccord. Si ces derniers ne s'entendent pas sur le choix, c'est le juge d'instruction qui le désignera.

Responsabilité des administrations publiques en matière sanitaire.

M. THOINOT demande s'il n'y a pas de responsabilité morale et même civile et pénale à appliquer à une administration rendue responsable par sa négligence du développement de maladies contagieuses, ayant entraîné des cas de mort.

M. DANET approuve la proposition de M. Thoinot et demande la constitution d'une commission pour examiner cette question.

La commission sera composée de MM. Danet, Thoinot, Jacomi, Bordas, Demange. G. CARRIER.

REVUE DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Rédacteur spécial: M. le Dr RAMOND.

VI. — Les cancers épithéliaux; par FABRE-DOMERGUE. 1 vol. in-8. (Paris, Carré et Naud, éd.),

VI.— L'auteur part de ce principe que, sous certaines influences encore mal déterminées, les cellules épithéliales d'un organe subissent des modifications involutives, une véritable désorientation cellulaire. A une désorientation peu accentuée correspondent les adénomes et les papillomes, réunis sous le nom d'enthéliomes. A une désorientation plus complète, correspondent les épithéliomes, puis les carcinomes. De sorte que, pour tout organe, l'évolution cancéreuse suit toujours les mêmes phases de désorientation.

Cette conception térato-cellulaire des cancers amène l'auteur à discuter l'origine coccidienne des tumeurs épithéliales. M. Fabre-Domergue, sans nier d'une façon absolue la possibilité d'une étiologie parasitaire, refuse le titre de parasites à toutes les inclusions intra-cellulaires de forme bizarre, si fréquentes dans les cancers. Il s'agit très vraisemblablement de modifications du noyau qui subit la désintégration rapide, et dont les vestiges constituent ces formations pseudo-parasitaires.

VII. — Cancer et tuberculose; par H. CLAUDE. 1 vol. in-12. (*Actualités médicales.*)

VII.— On a beaucoup discuté sur les relations du cancer et de la tuberculose, les uns admettent un véritable antagonisme (Rokitansky, Hunter, Gendrin, etc.), les autres nient toute influence exclusive de l'une sur l'autre diathèse (Virchow, Wagner, Friedriech, etc.).

La découverte du bacille de Koch a permis de montrer que l'antagonisme du cancer et de la tuberculose était loin d'être aussi absolu que le voulait Rokitansky. Cependant, la [illegible]que montre que la tuberculose est moins fréquente, en [illegible] chez les cancéreux. C'est que le cancéreux appartient [illegible]vent à la grande famille arthritique, laquelle paraît [illegible] peu d'affinités pour la tuberculose. Il ne faut cependant pas exagérer, et la coexistence de la tuberculose et du cancer est un fait réel, voire même assez fréquent dans certaines conditions.

VIII. — La Peste et son microbe; par NETTER. 1 vol. in-12. (Paris, 1900, Carré et Naud, éd.).

VIII. — L'auteur réunit dans ce travail à peu près toutes nos connaissances actuelles sur ce sujet. Mais le point le plus complètement traité a rapport au traitement. M. Netter passe en revue tous les essais de vaccination préventive et de sérothérapie, fournit diverses statistiques à l'appui de ses conclusions, qui sont les suivantes : en principe, la sérothérapie antipesteuse est résolue; l'injection du sérum sous la peau ou même dans les veines, si le danger est pressant, diminue la mortalité dans de très grandes proportions. La vaccination antipesteuse, surtout par la méthode de Haffkine, confère une immunité réelle, et qui dure de six à huit mois.

IX. — Traité pratique des maladies des pays chauds; par J. BRAULT, 1 vol. in-8, 532 p. (Paris, 1900.)

IX. — Par suite de l'évolution sociale, et de la fièvre de colonisation qui anime beaucoup d'Européens, l'étude des maladies des pays chauds s'impose. L'ouvrage de M. Brault n'est évidemment pas le premier de ce genre. Il vient cependant en un moment opportun, car il traite longuement la partie bactériologique de chacune des maladies tropicales bien définies, choses que ses prédécesseurs n'avaient évidemment pas pu réaliser. Le traité de M. Brault est donc appelé à rendre les plus grands services à tous les médecins qui se destinent à la pratique coloniale.

X. — Mode de dissémination du bacille tuberculeux; par MŒLLER. (*Zeitsch. f. Hyg.*, 1899, Bd XXIII.)

X. — On sait que Flügge a émis l'opinion que la contagion de la tuberculose ne se faisait pas par les crachats desséchés et réduits en poussière, puis inhalés par des individus sains, mais bien par la dissémination dans l'atmosphère de particules impondérables de salive et de mucosités bronchiques tenant en suspension des bacilles tuberculeux. Le tuberculeux, lorsqu'il tousse, lance donc, à chaque effort de toux, une grande quantité de bacilles vivants dans toute la zône atmosphérique qui l'environne. Par des expériences multiples entreprises sur des cobayes, Mœller semble confirmer la théorie de Flügge. Si l'on expose des cobayes devant la bouche de tuberculeux en train de tousser, on observe leur tuberculisation ultérieure dans un délai variable. Enfin l'auteur, reprenant les recherches de J. Straus, montre à nouveau que le bacille de Koch peut se rencontrer dans le mucus nasal d'individus parfaitement sains.

BIBLIOGRAPHIE

Recherches sur l'étiologie de l'hypertrophie sénile de la prostate, par Jean RELIQUET. Vigot frères, édit., 1900

M. Reliquet, dans son consciencieux travail sur l'étiologie de l'hypertrophie sénile de la prostate, fait remarquer, tout d'abord, les phases historiques qu'a traversé l'étude de cette affection. L'on s'est d'abord borné à en décrire les symptômes, puis l'on en a fait l'anatomie pathologique et c'est seulement à notre époque que l'on a recherché les causes et approfondi l'étiologie de cette maladie. A l'heure actuelle, deux théories étiologiques sont en présence : 1° Celle du Pr Guyon, qui subordonne l'hypertrophie prostatique à l'artériosclérose ; 2° celle qui met l'origine de la lésion prostatique dans l'évolution de la glande irritée. Invoquée en 1881, par Voillemier et Le Dentu, exposée complètement par Reliquet et Guépin en 1894 dans leur mémoire sur les *glandes de l'urètre*, reprise par Motz, Albarran et d'autres, cette théorie glandulaire ou épithéliale paraît devoir se substituer définitivement à celle de l'artério-sclérose. C'est elle que défend, avec talent, M. Jean Reliquet. J. N.

PRIME EXCEPTIONNELLE A NOS LECTEURS

Par convention spéciale avec la **Maison BOTOT**, 17, rue de la Paix, Paris, il sera envoyé franco à domicile le **NOUVEAU SAVON HYGIÉNIQUE ET ANTISEPTIQUE**, au prix extrêmement réduit de **0** fr. **75** le pain ; **4** fr. **25** les 6 et **8** fr. **10** les 12. Désigner un des quatre parfums suivants : peau d'Espagne, héliotrope, violette, bouquet. **Remise importante sur tous les autres produits.** — Accompagner l'envoi de ce bon détaché ou de la bande du journal :

Bon-Prime du *Progrès Médical*

BON POUR

A la Maison BOTOT, 17, rue de la Paix, Paris.

L'abonnement au Progrès Médical est de **12 fr. par an**, pour la France et l'Etranger.

Pour les annonces, s'adresser à
M. A. ROUZAUD, 14, rue des Carmes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

BRAULT (J.). — Traité pratique des maladies des pays chauds et tropicaux. Volume in-8 de 534 pages, avec 81 figures. — Prix . . . . 10 fr.

GRASSET. — Anatomie clinique des centres nerveux. Volume in-18 carré cartonné de 96 pages, avec 11 fig. — Prix. 1 fr. 50

BROUARDEL (P.)— Le mariage, nullité, divorce, grossesse, accouchement. Volume in-8 de VIII-452 pages. — Prix . . 9 fr.

SAULIEU (J.) et DUBOIS (Ad.). — Conférences pour l'externat des hôpitaux de Paris (anatomie, pathologie et petite chirurgie), 1 fascicule. (Brochure in-8 de 24 pages, avec 13 figures. — Prix de l'ouvrage à forfait : 15 fr.; le fascicule. . . . . . 1 fr.

Librairie O. DOIN, 8, place de l'Odéon.

QUATRIÈME SESSION DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE (Paris, 1899). Procès-verbaux, mémoires et discussions, publiés sous la direction du Dr Desnos. Volume in-8 de XXIV-607 pages.

Librairie GAUTHIER-VILLARS, 55, quai des Grands-Augustins.

JAMIN (J.). — Cours de physique de l'Ecole polytechnique. — Deuxième supplément, par Bouty. Volume in-8 de 213 pages, avec 45 figures et 2 planches hors texte. — Prix . . 3 fr. 50

LONDE (A.). La radiographie et ses diverses applications. Volume in-8 de 40 pages, avec 29 figures. — Prix. . . 1 fr. 50

Librairie G. MASSON et Cie, 120, boulevard Saint-Germain.

BALLET (G.). — Swedenborg. (Histoire d'un visionnaire au XVIIIe siècle.) Volume in-8 de XII-228 pages. — Prix . 2 fr. 50

Librairie RUEFF et Cie, 106, boulevard Saint-Germain.

CRINON (C.). — Revue des médicaments nouveaux et de quelques médications nouvelles. Volume in-18 cartonné de 424 pages. — Prix. . . . . 4 fr.

DE AMICIS. — La sezione di malattie tropicali e l'ordinamento dei servizi sanitari militari. Conferezar internazionale. Brochure in-8 de 98 pages. — Roma, 1899. — Tipografia L. Cecchini.

ANDERSSON (J.). — Berättelse Till Kongl Medicinalstyrelsen om Allmanna Helsotillstandet i Stockholm. under aret 1898 och om Hvad i afscende dera och for Allmanna Sjukvarden Blifvit under samma tid atgjordt af Stockholms Helsovardsnamnd. Volume in-4 de VIII-65 pages, avec 2 tableaux. — Stockholm, 1899. — Beckmann, Boktryckeri.

ANNUAIRE STATISTIQUE DE LA VILLE DE BUENOS-AYRES. — VIIIe année, 1898. Volume in-4 de XXVI-325 pages. — Buenos-Ayres, 1899. — Compagnie Sud-américaine de Billets de Banque

BAGINSKI (A.) — Lehrbuch der Kinderkrankheiten für aerzte und Studirende, t. VI. Volume in-8 de XX-630 pages. Prix : 27 fr. 25. Braunschweig, 1899. — Verlag F. Wreden.

BARADAT. — Congrès de la tuberculose de Berlin, 24-27 mai 1899. Des conditions hygiéniques des stations hivernales de la Méditerranée et en particulier de Cannes, au point de vue de la prophylaxie de la tuberculose. Brochure in-8 de 6 pages. — Cannes. 1899, chez l'auteur.

BERTHOD (P.). — Fumées et poussières de Paris (Spécialement dans le IXe arrondissement). Brochure in-8 de 16 pages. — Paris, 1899. — Chez l'auteur.

BROUARDEL. — Mortalité par fièvre typhoïde en France. Volume in-8 de 110 pages. — Melun, 1899. — Imprimerie administrative.

CAPPELLETTI (L.). — Sulla origine infettiva del delirio acuto. Brochure in-8 de 17 pages. — Ferrara, 1899. — Tipografia Ditta G. Bresciani.

COSTANTINI (B.). — Lavatura apneumatica del peritoneo (o metodo del Riva) in un caso di peritonite tubercolare ascitica. Brochure in-8 de 11 pages. — Milan, 1899. — Tipografico Rancati.

COULONJOU (E). — De l'assistance des buveurs par l'internement dans un asile spécial. Volume in-8 de 89 pages. — Toulouse, 1899. — Imprimeris Marquès et Cie.

DEFORMES (E.) y CARVALLO (D.). — El Alcoholismo. Volume in-8 de 107 pages. — Valparaiso, 1899. — Imprimerie sud-américaine de Babra y Ca.

DUCOSTÉ (M.). — De l'épilepsie consciente et mnésique et en particulier d'un de ses équivalents psychiques, le suicide impulsif conscient. Volume in-8 de 92 pages. — Bordeaux, 1899. — Imprimerie G. Gounouilhou.

EDEBOHLS (G.-M.). — A Review of the History and Literature of appenticitis. Brochure in-18 de 46 pages. — New-York. 1899. — Publishers Printing company.

FIFTY-SECOND ANNUAL REPORT OF the trustees of the Massachusetts school for the feeble minded. Brochure in-8 de 43 pages. — Boston, 1900. — Wright and Potter Printing.

FITZGERALD (J.). — Pyorrhœa alveolaris and its relations to general medicine. Volume in-18 cartonné de 87 pages, avec 7 figures. — London, 1900 — *The Medical publishing company.*

INDEX-CATALOGUE OF THE LIBRARY OF THE SURGEON-GENERAL'S OFFICE UNITED STATES ARMY. Volume IV (D.-EMULSIONS). Volume in-4 de 917 pages. — Washington, 1899. — Government printing office.

MENDELSOHN (M.). — Krankenpflege fur Mediciner. Handbuch der speciellen Therapie innerer krankheiten. Supplementband 3 Hellt. Volume in-8 de X-278 pages, avec 368 figures. — Jena, 1899. — Verlag G. Fischer.

PETIT (E.-A.). — Contribution à l'étude thérapeutique du créosoforme en chirurgie. Brochure in-8 de 64 pages. — Paris, 1899. — Librairie Jouve et Boyer.

SAJOUS (Ch.-E.). — Annual and Analytical Cyclopaedia of Practical Medicine. Tome IV, part. I et II. 2 volumes cartonnés formant ensemble 622 pages. — Philadelphia, 1899. — Davis company publishers.

VILLERS (E.). — Le délire de la jalousie. Volume in 8 de 96 pages. — Bruxelles, 1899. — Librairie Lamertin.

VERHANDLUNGEN DES VEREINS FUR INNERE MEDICIN ZU BERLIN. Jahrgang XVIII (1898-1899). Volume in-8 de 24 pages. — Berlin, 1899. — *Deutschen medicinischen Wochenschrift.*

WEISS (F.). — Ueber hysteriche Augenmuskelkrämpfe und lahmungen. Brochure in-8 de 11 pages. — Berlin, 1899. — Verlag von S. Karger.

VARIA

La question des eaux d'alimentation de Paris au Conseil municipal.

Les cas assez nombreux de fièvre typhoïde observés cette année ont provoqué une importante discussion sur les eaux d'alimentation au Conseil municipal de Paris. M. Chautard, à qui sa qualité de chimiste distingué donnait une compétence toute particulière en cette question, a rendu justiee aux ingénieurs qui ont conduit jadis les eaux de la Vanne à Paris. Alors qu'on ne prévoyait guère la contamination par l'eau, ils ont procédé, dans la captation des sourees, avec un véritable instinct d'ordre supérieur qui leur a fait devancer la science.

« Néanmoins, continue M. Chautard, ce qui est certain, c'est que la Ville de Paris est maintenant tributaire, au point de vue de la santé, des régions dans lesquelles se trouvent les sources qu'elle a captées. Et il est étonnant qu'on ait attendu aussi longtemps pour prendre les mesures de préservation nécessaires. Je rappelle que dès 1886, — il y a quatorze ans, Messieurs! — M. Duclaux, l'éminent savant, l'admirable professeur, dans son cours à la Sorbonne, faisait le procès des eaux de la Vanne. Je possède encore les notes que j'ai prises à ce cours. M. Duclaux y déclarait que l'eau prise aux sources de la Vanne est très pure, mais qu'à son arrivée à Montsouris elle contient un nombre de germes dix fois plus considérable, parce qu'elle reçoit en route l'eau des drains par lesquels on accroît sa quantité aux dépens de sa qualité. Il est véritablement étonnant que, sourd aux avertissements que lui adressait une voix aussi autorisée, jusqu'à ces derniers temps le service des eaux ne se soit point préoccupé de cette situation. »

M. Escudier soutient alors une motion invitant le Préfet de la Seine à faire supprimer les drains qui polluent les eaux de la Vanne et à exposer au Conseil les mesures qu'il compte prendre pour protéger de toute contamination les sources qui alimentent Paris. Le Préfet de la Seine, en réponse aux nombreux orateurs qui ont en outre pris part à la discussion, rappelle tous les efforts faits par l'Administration pour alimenter Paris d'eau potable, puis fait de la situation actuelle l'exposé suivant :

« Les habitudes d'hygiène de la population ont pour conséquence une consommation toujours plus forte de l'eau de source. Voici un fait qui le démontre. Au 15 mars de cette année, la consommation d'eau à Paris, — eau de source et eau de Seine, — a été supérieure de 3 millions de mètres cubes à celle de l'année précédente à pareille date. Malgré ces quantités nouvelles, le volume d'eau de source disponible était encore parfois, en été, insuffisant. On avait recours aux eaux de rivière dans une proportion moindre qu'autrefois et seulement au moment des fortes chaleurs. C'est ainsi que l'on a dû donner de l'eau de Seine pendant quatre jours en 1894; pendant sept jours en 1895; pendant six jours en 1898. Mais cette eau de Seine n'était livrée à la consommation qu'après que la population avait été préalablement avertie, pouvant, par conséquent, prendre toutes les mesures de précaution nécessaires. Jamais, depuis que je suis chargé de la gestion des affaires de la Ville de Paris, jamais l'eau de rivière n'a été substituée à l'eau de source sans que la population en ait été préalablement avertie, et, depuis les six jours de 1898 dont je viens de parler, il n'en a pas été donné. Je tiens à le dire bien haut, parce qu'il importe de couper court à une légende d'après laquelle, sans avertissement préalable, l'eau de rivière viendrait souvent remplacer l'eau de source dans nos conduites. Les communications entre les canalisations d'eau de source et les canalisations d'eau de rivière ont été ramenées au strict de [illegible] de dix. Et j'espère arriver bientôt à leur suppression totale, attestant ainsi que l'eau de Seine ne peut plus être distribuée pour l'alimentation.

« Après avoir amené les eaux de l'Avre, vous avez décidé d'amener celles du Loing et du Lunain qui vous fourniront 50.000 mètres cubes d'eau en plus. Je réponds ainsi à la question de M. Mithouard qui se préoccupait de l'alimentation de Paris pendant l'Exposition. »

« Nous avons encore pensé à autre chose. Comme secours en cas de diminution de nos sources, vous avez les bassins filtrants de Saint-Maur qui produisent 20.000 mètres cubes par jour. Vous allez avoir les bassins filtrants d'Ivry qui fourniront 35.000 mètres cubes par jour.

« Et nous avons eu un tel souci d'éviter toute cause de contamination de l'eau que dans un mémoire, dont vous avez adopté les conclusions, nous vous avons proposé de faire ce qui n'avait jamais été fait : d'avoir pour ces bassins filtrants une double canalisation. »

Le Préfet termine en affirmant que lors de l'Exposition, Paris recevra les eaux du Loing et du Lunain, qu'en outre on construit à Saint-Cloud un bassin de réserve de 100.000 mètres cubes. La question reste toujours à l'étude pour augmenter les ressources en eau potable de Paris, et la commission de recherches des eaux potables de Paris offrent toutes les garanties puisque, outre les conseillers et les administrateurs, de grands savants comme MM. Duclaux, Bertrand, Michel Lévy prennent part à ses travaux.

J. Noir.

Ligue contre la Tuberculose.

Nous recevons de Mme J. Kuhff, élève de l'Institut Pasteur au nom d'un Comité dont elle est la secrétaire, un projet de *Ligue contre la Tuberculose*, que nous recommandons à l'attention de nos lecteurs.

Cette ligue aura pour but principal l'éducation sanitaire du tuberculeux et de son milieu, atelier, école, famille. Améliorer par tous les moyens possibles l'état de santé du malade, lui apprendre à connaître son mal en le lui montrant guérissable et obtenir de lui qu'il prenne les précautions nécessaires pour s'empêcher de semer la mort dans son milieu, voilà un résultat que chaque membre actif de la Ligue obtiendra, pour peu qu'il y mette beaucoup de bonne volonté, un peu de temps et le plus d'argent dont nous disposerons.

L'organisation de la Ligue se fera de la façon suivante :

1° Un Comité d'initiative groupera les premières forces, lancera l'action et réunira les fonds nécessaires aux frais de publicité. 2° Un Comité, définitivement constitué, fera appel aux membres actifs et honoraires; ce Comité se constituera en bureau, nommera un président et des secrétaires, et s'occupera de créer en province des groupements analogues. 3° Les membres actifs s'engageront à prendre tout d'abord connaissance des notions élémentaires qu'il s'agit de répandre et d'appliquer.

A cet effet, ils suivront une série de conférences que feront quelques médecins attachés à la Ligue. Ensuite ils visiteront les malades qu'on leur indiquera jusqu'à ce que les mesures hygiéniques et prophylactiques soient appliquées et comprises. Les résultats obtenus par les membres actifs seront soumis au comité de la Ligue et mentionnés dans un compte rendu annuel à chaque fin d'année. L'Assistance publique, les médecins de quartiers et les médecins attachés à la *Ligue contre la Tuberculose*, signaleront au Comité les cas de maladie à soulager. Il va sans dire que le système d'hospitalisation sera préconisé avant tout. *La Ligue contre la Tuberculose* ayant pour but, nous le répétons, de suppléer au manque actuel de sanatoria. Pour que nous puissions réellement faire œuvre utile, il faudrait donner à la *Ligue* l'ampleur d'une manifestation qui sera appelée à recruter des partisans dans toute la France. Notre appel se fera, par conséquent, en dehors de toutes considérations politiques et religieuses. Chaque membre de la *Ligue* doit voir avant tout le but humanitaire à poursuivre et la grande victoire à remporter ; étant donné que les statistiques prouvent qu'une prompte intervention est nécessaire.

L'inauguration de l'hospice Lasserre.

Le 16 mars, le Président de la République s'est rendu à Issy-les-Moulineaux pour inaugurer l'hospice communal Lasserre. Au cours de la cérémonie, M. Loubet a remis les palmes académiques à Mme Innocenti, visiteuse du service des enfants du premier âge, déjà titulaire de la médaille d'honneur de la Société protectrice de l'enfance ; à MM. Dercheu, médecin à Issy, et Crauk, artiste graveur.

Le Préfet de police a accordé une médaille d'argent à Mme Védier, sage-femme, une mention honorable à un agent pour nombreux actes de courage, et à M. Dupard, directeur de

l'usine à gaz d'Issy, ainsi qu'une vingtaine de médailles d'honneur à de vieux ouvriers ayant plus de trente années de service.

Au retour, le Président de la République a visité l'hospice des Petits-Ménages où un vieillard de 90 ans lui a offert, pour Mme Loubet, un bouquet noué d'un ruban tricolore.

Subventions municipales pour l'année 1900.

La subvention accordée à l'Assistance publique de la Seine par le Conseil municipal pour les études médicales a été fixée à la somme de 150.200 francs, qui se décompose comme suit :

1° *Bibliothèques médicales dans les hospices et hôpitaux* : Bibliothèques des internes en médecine, 14.300 francs. Bibliothèques des internes en pharmacie, 7.400. Total 21.700 francs.

2° *Laboratoires centraux* : Beaujon, 3.500 francs. — Lariboisière, 3.100 francs. — Enfants-Assistés, 3 500 francs. — Boucicaut, 3.500 francs. — Maternité (commun à MM. Porak et Charrin), 3 500 francs. — Hôtel-Dieu, 3.000 francs. — Tenon, 4 000 fr. — Necker, 1.500 francs. — Laënnec, 2.000 francs. — Bichat, 2.000 francs. — Clinique Tarnier, 2.500 francs. — Salpêtrière (radiographie et photographie), 6.000 francs. — Baudelocque (radiographie et photographie), 6.000 francs. — Necker (radiographie et photographie), 6.000 francs.

Laboratoires des docteurs : Kirmisson (Trousseau), 2.000 fr. — Robin (Pitié), 3.600 francs. — Babinski (Pitié), 1.800 francs. — Lepage (Pitié), 1.200 francs. — Ballet (Saint-Antoine), 2.000 fr. — Gaucher (Saint-Antoine), 2.000 francs. — Monod (Saint-Antoine), 1.500 francs. — Blum (Saint-Antoine), 1.500 francs. — Brocq (Broca), 1.800 francs. — Chantemesse (Bastion 29), 1.800 francs. — Déjerine (Salpêtrière), 1 500 francs. — Bourneville (Fondation Vallée), 500 francs. — Maygrier (Charité), 1.500 francs. — Gilbert (Broussais) 1.200 francs. — Roger (Aubervilliers), 1 200 francs. — Renault (Ricord), 1.200 francs. — Widal (Maison de santé), 1.500 fr. — Chauffard (Cochin), 1.800 francs. — Huchard (Necker), 1.500. — Total 80.700.

3° *Bourses de voyage, pour études à l'étranger, de la médecine, de la chirurgie et de la pharmacie*, 9.000. — 4° *Amphithéâtres*. — Frais d'études physiologiques, 2.400. — 5° *Musées des divers établissements*, 1.840 — 6° *Produits chimiques*, 11 000 francs. — 7° *Instruments de laboratoire*, 7.000 francs. — L'ensemble, 150.200.

Condamnation d'un médecin qui a couvert de son diplôme un cas d'exercice illégal.

Attendu que la femme G..., demeurant à Montreuil (Seine), déclare qu'il y a cinq ans elle s'est reconnue un don naturel, lui permettant, à l'état de sommeil somnambulique, de découvrir les affections de la personne qui lui touche la main et d'indiquer le remède convenable; que presque chaque jour, depuis cette époque, elle a donné des consultations; — Attendu que deux fois condamnée pour exercice illégal de la médecine, en mars 1898, elle se fait assister, depuis cette époque, du sieur G..., docteur en médecine; — Mais attendu que les consultations ont toujours continué à être données chez la femme G...; que les malades s'adressent à elle; qu'elle leur prend la main, énonce leur maladie et dicte l'ordonnance au Dr G...; que même, en admettant que le Dr G... se livre parfois à un contre-examen et modifie les ordonnances qui lui sont dictées, on doit néanmoins reconnaitre que c'est la femme G... qui, dans cette sorte d'association, destinée à tourner la loi, joue le rôle de prépondérant; — Attendu, en effet, que devant le commissaire de police, le Dr G... a reconnu qu'il était payé par la dame G... à raison de 2 francs l'heure; qu'il a déclaré, devant le juge d'instruction, qu'il ne s'était jamais trouvé en désaccord avec elle pour le diagnostic; que le don de seconde vue de la dame G... s'exerçait, dit-il, très utilement lorsque, le malade ne se présentant pas, quelqu'un apportait une mèche de ses cheveux ou un objet que le malade avait porté; — Attendu qu'il résulte de ce qui précède que le Dr G... est sorti des attributions que la loi lui confère, en prêtant son concours à la femme G..., coupable d'exercice illégal de la médecine, à l'effet de la soustraire aux prescriptions de la loi qui règle cet exercice; que ces faits constituent, à la charge des prévenus, le délit prévu par les paragraphes 1 et 3 de l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892 et puni par l'article 18 de cette loi; — Attendu que la femme G... se trouve en état de récidive légale, aux termes de l'article 24 de la loi sus-visée;

Condamne solidairement la femme G... à 50 francs d'amende et G... à 16 francs d'amende; les condamne, en outre, solidairement aux dépens. (Jugement du tribunal de la Seine.)

Un nouveau soulier.

Le *Cosmos* signalait, il y a huit ans, une modification à apporter au soulier, proposée par un médecin militaire, le Dr A. Collin ; il conseillait un talon en caoutchouc, pour amortir pendant la marche l'ébranlement trop sensible des organes et pour emmagasiner, par la compression du caoutchouc, la force qui se stérilise par le choc du talon et l'utiliser, au contraire, pour la progression par le renvoi de la chaussure au moment où le talon se détache du sol. Un religieux, le frère Candide, capucin, du couvent de la Roche-sur-Foron, mécanicien très ingénieux, vient de reprendre cette idée en l'améliorant au point de vue pratique. La chaussure qu'il propose et qu'il nomme le soulier *Acope* est basée sur le même principe mais le caoutchouc et remplacé par une lame métallique formant ressort. Dans un logement ménagé dans le talon du soulier, deux feuilles métalliques comprennent une troisième feuille d'acier légèrement recourbée et formant ressort; dix vis fixent ce système invariablement à la chaussure. La disposition du système, plaques supérieure et inférieure, évite toute dégradation au cuir, dans le jeu du ressort. La flexion du ressort sous le choc du talon amortit évidemment le contrecoup de la pose du pied. L'expérience a démontré que la fatigue est moindre et que les muscles sont soulagés. La marche acquiert une douceur et une légèreté qui font sentir leurs effets sur tous les membres du corps et leur procurent un bien-être remarquable, qui vient du ménagement de tout le système nerveux. La tête et la vue elle-même en éprouvent un véritable soulagement, de telle sorte que le travail intellectuel est encore facile après une marche forcée. D'autre part, la marche devient plus rapide et peut être continuée plus longtemps. (*Cosmos*.)

Les épidémies.

La peste. — Tandis que la peste a disparu en Europe, elle continue ses ravages en Australie. Deux cas ont été constatés à Sydney le 19 mars et cinq décès suspects ont été signalés à Adélaïde.

Création d'un Lazaret au Maroc. — Le conseil sanitaire de Tanger a obtenu du sultan du Maroc la concession de l'île de Mogador pour y établir un lazaret.

Enseignement médical libre.

Maladies des yeux. — La clinique du Dr Kœnig est transférée à partir du 26 février, **5, rue du Cherche-Midi**. Consultations gratuites tous les jours de 1 à 3 heures. Examen des malades à l'ophtalmoscope. La clinique est ouverte à tous les docteurs et étudiants en médecine.

Maladies des oreilles, du nez, de la gorge et du larynx. — La clinique du Dr C. Miot est transférée, rue Dauphine, 16. Consultations gratuites le mardi de midi à 2 heures; particulières, le lundi soir de 9 h. à 10 h., le jeudi, de midi à 2 heures.

FORMULES

XVI. — Vinaigre aromatique pour lotion.

Essence de girofle	ãã 1 gr. 50 centigr.
— de cannelle	ãã 1 gr. 50 centigr.
— de lavande	ãã 1 gr. 50 centigr.
— de benjoin	ãã 1 gr. 50 centigr.
— de romarin	ãã 1 gr. 50 centigr.
— de bergamotte	ãã 1 gr. 50 centigr.
Teinture de musc	ãã 1 gr. 50 centigr.
Thymol	2 grammes.
Menthol	2 gr. 50 centigr.
Alcool à 90°	500 grammes.
Acide acétique glacial	485 grammes.

Une cuillerée à soupe dans un litre d'eau.

NOUVELLES

Natalité a Paris. —Du dimanche 11 mars au samedi 17 mars 1900, les naissances ont été au nombre de 1164 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 383, illégitimes, 168. Total, 551. — *Sexe féminin* : légitimes, 439, illégitimes, 174. Total, 613.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1896 : 2 511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 11 mars au samedi 17 mars 1900, les décès ont été au nombre de 1024, savoir : 543 hommes et 481 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 15, F. 16. T. 31. — Typhus : M. 0, F. 1, T. 1. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole: M 15, F. 14, T. 29. — Scarlatine : M. 0, F. 0, T. 0. — Coqueluche : M. 1, F. 5, T. 6. — Diphtérie. Croup : M. 6, F. 3, T. 9. — Grippe : M. 10, F. 14, T. 24. —Phtisie pulmonaire : M. 127, F. 73, T. 200. — Méningite tuberculeuse : M. 15, F. 15, T. 30. — Autres tuberculoses : M. 19, F. 15, T. 34. — Tumeurs cancéreuses : M. 18, F. 30, T. 48.— Tumeurs autres : M. 1, F. 7, T. 8. — Méningite simple : M. 9, F. 7, T. 16. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 19, F. 22, T. 41. — Paralysie, M. 4. F. 3, T. 7. — Ramollissement cérébral : M. 1, F. 2, T. 3.—Maladies organiques du cœur : M. 37, F. 35, T. 72. — Bronchite aiguë : M. 5, F. 5, T.10. — Bronchite chronique : M. 9, F. 16, T. 25.— Broncho-pneumonie : M. 36, F. 19, T. 55. — Pneumonie : M. 20, F. 25, T. 45. — Autres affections de l'appareil respiratoire: M. 24, F. 31, T. 55. — Gastro-entérite, biberon : M. 13, F. 11, T. 24. — Gastro-entérite, sein : M. 1, F. 3, T. 4. —Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 2, F. 1, T. 3. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 3, T. 4. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 10, T. 10.— Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0, T. 0. — Débilité congénitale : M. 9, F. 12, T. 21. — Sénilité : M. 11, F. 36, T. 47. — Suicides : M. 6, F. 5, T. 11. — Autres morts violentes : M. 8, F. 3, T. 11.— Autres causes de mort: M. 97, F. 38, T. 135. — Causes restées inconnues : M. 4, F. 2, T. 6.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 70, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 30, illégitimes, 12. Total : 42. — *Sexe féminin* : légitimes, 20, illégitimes, 8. Total : 28.

Faculté de Médecine de Paris. — *Prix de* 1900. — *Prix Corvisart* (médaille de vermeil et 400 francs) : De la péritonite cirrhotique. — *Prix Saintour* (3 000 francs) : La moelle osseuse dans les maladies infectieuses. — *Prix Béhier* (1.800 francs) : Des hémorragies des muqueuses et de la peau dans les maladies du foie.

Faculté de Médecine de Bordeaux. — M. le Dr Le Dantec, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire de pathologie exotique.

Ecole de Médecine de Poitiers. — Un concours pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de Médecine de Poitiers, aura lieu le 5 novembre 1900, devant la Faculté de Médecine de Bordeaux.

Ecole préparatoire de Médecine de Tours. — Un concours s'ouvrira, le 5 novembre 1900, devant l'Ecole préparatoire de Médecine et de Pharmacie de Tours pour l'emploi de chef des travaux physiques et chimiques de ladite école. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Concours pour l'admission a l'Ecole de service de santé militaire en 1900. — Un concours s'ouvrira, le 21 juin 1900, pour l'admission à l'Ecole du service de santé militaire établie près la Faculté de Médecine de Lyon. Peuvent y prendre part les étudiants en médecine ayant quatre inscriptions (nouveau régime), valables pour le doctorat et ceux munis de huit inscriptions au moins (ancien régime), valables pour le doctorat et ayant subi avec succès le premier examen de doctorat. Ils doivent préalablement justifier qu'ils sont Français ou naturalisés Français et qu'ils ont eu, au 1er janvier de l'année du concours, moins de 23 ans. Neanmoins, les sous-officiers, caporaux ou brigadiers et soldats, qui auront accompli au 1er juillet six mois de service réel et effectif, sont autorisés à concourir, pourvu qu'ils n'aient pas dépassé l'age de 25 ans à cette même date et qu'ils soient encore sous les drapeaux au moment du commencement des épreuves. Les épreuves écrites auront lieu, les 21 et 22 juin dans les villes suivantes : Alger, Amiens, Angers, Besançon, Bordeaux, Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Lille, Limoges, Lyon, Marseille, Montpellier, Nancy, Nantes, Paris, Poitiers, Reims, Rennes, Rouen, Toulouse, Tours. Les épreuves orales auront lieu à Paris (le 1er août), à Lillo (le 7 août), à Nancy (le 11 août), à Lyon (le 16 août), à Montpellier (le 21 août), à Toulouse (le 24 août), à Bordeaux (le 29 août), à Rennes (le 4 septembre).

Le registre d'inscription sera ouvert du 1er au 26 mai 1900 dans les préfectures de chaque département. Les demandes de bourses devront y être déposées pendant la même période par les parents ou tuteurs des candidats.

Hôpitaux militaires dans les stations thermales. — Sont détachés pendant les saisons thermales en 1900 les médecins. Pour Bourbonnne-les-Bains : le médecin principal de 2e classe Moyne, de l'hôpital militaire de Nancy. Pour l'hôpital militaire de Vichy : le médecin principal de 2e classe Carayon, de l'hôpital militaire de Rennes. Pour l'hôpital thermal de Bourbon-l'Archambault : le médecin-major de 1re classe. Le Rouvillois, de l'hôpital militaire de Versailles. Pour l'hôpital thermal de Barèges : le médecin principal de 2e classe Gorsse, de l'hôpital militaire de Bayonne.

Concours d'ophtalmologistes des hôpitaux de Paris. — Le concours pour la nomination d'un oculiste des hôpitaux s'ouvrira le 28 mai à l'hôtel de l'Assistance, 3, avenue Victoria. Les candidats pourront se faire inscrire du 23 avril au 5 mai de midi à trois heures.

Société de Kinésithérapie. — Une nouvelle Société médicale, la « Société de Kinésithérapie » vient de se fonder à Paris. Sa réunion de constitution a eu lieu le vendredi 5 janvier 1900 en l'hôtel des Sociétés Savantes. Elle tiendra une réunion le dernier vendredi de chaque mois. — Président d'honneur : M. le Pr Marey, membre de l'Institut; MM. Lucas-Championnière, président; Fernand Lagrange, vice-président; René Mesnard, secrétaire général; Stapfer, trésorier; Marchais, secrétaire des séances. — Les autres membres fondateurs sont : MM. G. Berne, G. Bloch, Bralant, Cautru, Dagron, Fourrière, Frétin, Gautiez, Geoffroy-Saint-Hilaire, Saisset, Ch. Vuillemin.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés *officiers de l'instruction publique* : MM. Agard, pharmacien à Paris. M. Bainier, pharmacien de l'Assistance publique à Paris. Le Dr Bardy, pharmacien à Saint-Dié (Vosges). Borel, pharmacien, à Saint-Ouen (Seine). Cohendy, pharmacien. Claudot, médecin-inspecteur, directeur du service de santé du gouvernement militaire de Lyon et du quatrième corps d'armée. Le Dr Garnier, directeur de l'asile des aliénés de la Côte-d'Or. Gascard, pharmacien à Bihorel-les-Rouen. Gueillot, pharmacien à Vouziers. Meng, chirurgien-dentiste à Paris. Mornet, pharmacien en chef des hospices à Bourges. Nocard, professeur à l'école vétérinaire d'Alfort. Planchud, pharmacien à Forcalquier. Poinsot, dentiste à Paris. Schmidt, pharmacien à Paris. Veyrières, pharmacien du lycée Janson de-Sailly à Paris. Vidal, pharmacien à Ecully (Rhône). Grenier, directeur de l'hospice départemental de Montreuil-sur-l'Aon (Aisne). Joly, directeur de l'hôpital de la Pitié à Paris.

Officiers d'académie : MM. Balade, pharmacien à Grenade-sur-l'Adour (Landes) Beltrami, chirurgien-dentiste à Marseille. Bernard, pharmacien à Pierre (Saône-et-Loire). Bliz, chirurgien-dentiste à Boulogne-sur-Seine. Bouflet, pharmacien chimiste à Verberie (Oise). Bouillé, pharmacien, à Baugy (Cher). Bruneau, pharmacien à Tourcoing (Nord). Brunot, pharmacien à Paris. Camous, pharmacien à Grenoble. Chassat, pharmacien au Dorat (Haute-Vienne). Choux, médecin-major de 1re classe à Philippeville. Mme Dalle, née Jardin, chirurgien-dentiste à Paris. Demesse, officier de santé à Villemeux (Eure-et-Loir). Dervillez, pharmacien à Paris. Deschamps, pharmacien à Riom. Diviani, chirurgien-dentiste à Paris. Eygudère, pharmacien à Paris. Feltz, pharmacien à Paris. Ficartier, pharmacien à Paris. Fouyer, chirurgien-dentiste à Paris. Gros, pharmacien à Toulon. Grosieux, pharmacien à Givet (Ardennes). Guillemin, pharmacien à la Rochelle. Guimon-, pharmacien à Saint-Maur-les-Fossés. Hollecq, pharmacien à Lille. Hubac, pharmacien à Paris. Laffite, pharmacien à Toulouse. Lhuillier, pharmacien à Paris. Loutil, pharmacien à Algurande (Indre). Papot, chirurgien-dentiste à Paris. Sintès, chirurgien-dentiste à Alger. Mongin, directeur de l'hôpital des Enfants-Malades à Paris. Oudot, directeur de l'hôpital Saint-Louis.

Médecin député. — M. le Dr Bacque, radical, a été élu député de Tarbes, en remplacement de M. le Dr Pédibedou, élu sénateur.

Service de Santé militaire. — *Réserve*. — Ont été nommés au grade de médecin principal de 1re classe : M. Corties, médecin principal de 1re classe de l'armée active, retraité. — Au grade de médecin-major de 2e classe : MM. Dessirier et Pegurier, médecins-majors de 2e classe de l'armée active, démissionnaires. — Au grade de médecin aide-major de 1re classe : MM. Arrufat, Bousquet, Joly et Michel, médecins aides-majors de 1re classe de l'armée active, demissionnaires. — Au grade de médecin aide-major de 2e classe : MM. les Drs Amouroux, Angelergues, Audigé, Bardon, Bareau, Baylac, Bernard-Lapommeray, Berthail, Bezier, Bidault, Binot, Blagny, Bluzat, Borie, Bosc, Boullet, Boulogne, Boutavant, Bouvier, Cacaud, Capette-Laplène, Caron, Carpentier, Carrier,

Castaing, Chatard, Chauve, Cohendy, Coulonjou, Courtois, Couvert, Cros, Cruet, Cury, David Dechaume-Moncharmont, Defrise, Delmas, Ducos, Escorre, Faure, Fauvel, Felizet, Fournier, Gaillard, Gautié, Gautret, Giffard, Grellet, Grimpret, Henry, Hubert, Huillet, Job, Jouannet, Laboisne, Ladevie, Lallement, Lamy, Laldennois, Larroche, Latteux d'Espagne, Lebeuf, Le Clère, Legros, Loiselet, Lucihini, Marcou, Mazeran, Merle, Merop, Moggi, Mornac, Mossé, Mouzin-Lizys, Muzard, Nobecourt, Ollagnier, Pasquier, Pissard, Pons, Poupart, Puyaubert, Ramès, Rauzier, Regett, Rilhac, Ripert, Robert, Roy, Sabatier, Sacleux, Sauvage, Soullard, Saubert, Thevenot, Vallery, Veeck, Verhaeghe, Vial, Villeneuve, Vincent et Virevaux.

Armée territoriale. — Ont été nommés : Au grade de médecin principal de 2e classe : M. Vautrin, médecin principal de 2e classe de l'armée active, retraité; M. Mazellier, médecin-major de 1re classe de l'armée active, retraité. — Au grade de médecin de 1re classe : MM. Bayard, Boyer, Farasac, Fourcade, Grandgury, Loillier et Warion, médecins-majors de 1re classe de l'armée active, retraités. — Au grade de médecin aide-major de 2e classe : MM. les Drs d'Ayreux, Klein et Meunier.

Service de santé militaire. — M. Charraud, médecin-major de 2e classe au 95e régiment d'infanterie, a été désigné pour être attaché à l'état-major du groupe d'artillerie destiné à Diégo-Suarez. — Le service médical du régiment de marche de la légion étrangère (2 bataillons) désignés pour faire partie de la garnison de Diégo-Suarez, a été assuré de la manière suivante : 1er bataillon, M. le médecin-major de 2e classe Cultin, du 129e régiment d'infanterie. M. le médecin aide-major de 1re classe Hotchkiss, des hôpitaux militaires de la division d'Alger. — 2e bataillon, M. le médecin-major de 2e classe Sicard, du 11e régiment de hussards. M. le médecin aide-major de 1re classe Mauviez, des hôpitaux militaires de la division de Constantine. — M. le Dr Réjon, médecin de 2e classe a été promu au grade de médecin de 1re classe.

Service de santé des colonies. — Ont été nommés au grade de médecin en chef de 2e classe : M. Guerin. — Au grade de médecin principal : MM. Angier et Camail. — Au grade de médecin de 1re classe : MM. Vassal, Martinet, Séguin, Foutrein, Garde et Ortholon.

Service de santé de la Marine. — M. le Dr Négadelle, médecin principal de la marine en retraite, a été nommé au même grade dans la réserve de l'armée de mer et affecté au port de Brest. — Ont été promus dans le corps de santé de la marine au gade de médecin principal : M. le Dr Le Franc, médecin de 1re classe, en remplacement de M. Négadelle retraité. — Au grade de médecin de 1re classe : M. le Dr Forgeot, médecin de 2e classe, en remplacement de M. Le Franc, promu.

Commission parlementaire d'hygiène publique. — Les membres de cette commission ont visité hier, au parc Montsouris, les laboratoires de chimie, de micrographie et de météorologie qu'y a installés la ville de Paris. Ils ont été reçus par les chefs des services, MM. Albert Lévy, Joubert et le Dr Miquel, ainsi que par les membres de la commission municipale de surveillance de l'établissement. Prochainement, la commission parlementaire visitera le laboratoire du marché des Blancs-Manteaux et l'observatoire de la tour Saint-Jacques. (*Le Temps* du 5 mars 1900.)

Legs aux hôpitaux. — M. Crevat-Durant, qui vient de mourir à Fontainebleau, lègue une somme de 300.000 francs à l'hôpital-hospice mixte de Fontainebleau, 100.000 francs à l'institut Pasteur, 50.000 francs à l'hopital des enfants tuberculeux d'Ormesson, 25.000 francs à la création d'une musique municipale et laisse encore 90.000 francs à divers établissements de la ville. (*Le Temps* 16 mars.)

Etudiants français et anglais au Canada. — Les étudiants anglais de Montréal ont attaqué l'Université canadienne française, parce que cette Université n'avait pas pavoisé pour fêter les succès des armes anglaises au Transvaal. — *Le Temps* du 6 mars 1900 nous apprend qu'on condamne généralement à Montréal l'attitude des étudiants anglais qui ont voulu contraindre les étudiants français à manifester de l'enthousiasme à l'occasion des succès britanniques. L'archevêque, le maire de Montréal et les autorités du collège ont agi avec promptitude pour calmer les troubles. Des groupes de tapageurs, composés de la lie de la population, ont parcouru, hier soir, les rues avec des drapeaux. Sept bataillons avaient été consignés.

L'Esprit des autres. — Dans un beau volume, *Clio*, Anatole France attribue les paroles suivantes à Bonaparte, voyageant sur *la Muiron* qui le ramenait d'Egypte : « Oser..., calculer..., ne pas s'enfermer dans un plan arrêté.., se plier aux circonstances, se laisser conduire par elles. Profiter des moindres occasions comme des plus grands événements. Ne faire que le possible, et faire tout le possible. » (P. 160.)

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Truchot, professeur de physique à l'Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand. — M. le Dr Voelker, médecin inspecteur de l'état-civil de Paris. — M. le Dr Paul Simon (de Sainte-Menehould). — M. le Dr Gogenèche (de Saint-Jean-de-Luz).

Chronique des Hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière. — *Cours de clinique des maladies du système nerveux.* — M. le Pr Raymond : vendredis et mardis, à 10 heures.

Clinique Tarnier. — *Clinique d'accouchement et de gynécologie.* — M. le Pr Budin : mardi et samedi, à 9 heures. — *Ordre du cours* : mardi et samedi, leçons à l'Amphithéâtre ; visite des malades tous les matins, à 9 heures. — Dirigeront les exercices pratiques : M. le Dr Schwaab, chef de clinique ; MM. les Drs Dubrisay et Chavanne, anciens chefs de clinique ; MM. Galippe, Nicloux, Macé et Bouchacourt, attachés aux laboratoires ; MM. les Drs Perret, Planchon, Thoyer-Rozat, Chéron et Glaize, moniteurs.

Hopital Saint-Antoine. — *Clinique des affections du système nerveux.* — M. Gilbert Ballet, leçons cliniques sur les affections du système nerveux et la pathologie mentale, (Amphithéâtre de la clinique de la Faculté), le dimanche, à 10 heures.

Hospice de Bicêtre. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. Bourneville, samedi à 9 h. 1/2. Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée); présentation de cas cliniques, etc. — *Service de* M. le Dr P. Marie. Le service de l'infirmerie de Bicêtre comprend un grand nombre de malades atteints d'affections chroniques et particulièrement d'affections du système nerveux. Ce service est ouvert aux étudiants et le samedi a lieu, à 9 h. 1/2, une visite générale au cours de laquelle le Dr Pierre Marie présente les malades les plus intéressants.

Hotel-Dieu. — Le Dr Lucas-Championnière : leçons de clinique chirurgicale à dix heures, tous les jeudis. Opérations avant la leçon. Opérations abdominales le mardi. Le mercredi et le samedi visite dans les salles.

Hotel-Dieu. — *Cours pratique d'appareils.* — M. le Dr Marion, chef de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu commencera incessamment son cours pratique d'appareils. Ce cours comprendra une dizaine de leçons, les élèves y seront exercés à l'application des pansements et appareils de pratique courante. Le prix d'inscription est de 20 francs S'adresser à M. Marion à l'Hôtel-Dieu.

Hopital de la Charité. — *Service d'accouchements*, M. le Dr Maygrier, chef de service. — Enseignement des stagiaires. Visite tous les matins à 9 heures. Consultation des femmes enceintes tous les jours. Consultation des nouveau-nés le mardi. Lundi, mercredi, vendredi, lecture des observations et interrogatoire des élèves. Jeudi, leçon clinique à l'amphithéâtre. Le samedi, à 11 heures, conférence de M. le Dr Blondel chef du laboratoire. M. le Dr Maygrier a commencé ces leçons cliniques le jeudi 7 décembre 1899, à 10 heures et demie, à l'amphithéâtre Velpeau, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

XXIXe ANNEE. 3e SÉRIE. T. XI. N° 13. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 31 MARS 1900.

Le Progrès Médical

CLINIQUE INFANTILE

Sur deux variétés très rares d'angine phlegmoneuse chez l'enfant ;

Par **Albert KATZ**, interne des hôpitaux.

Nous avons eu l'occasion d'observer deux variétés très rares d'angine phlegmoneuse chez l'enfant, que nous croyons intéressant de publier. Dans le premier cas il s'agissait d'un abcès du sommet de la luette chez un nourrisson, l'autre cas a trait à une péri-amygdalite phlegmoneuse.

Observation I. — *Abcès du sommet de la luette chez un nourrisson.*

Le 5 janvier 1900, étant de garde à l'hôpital des Enfants-Malades, nous sommes mandés en hâte auprès d'un nourrisson, Marc. G..., âgé de cinq mois, qui aurait eu dans la journée quatre crises d'étouffement dont la dernière, la plus forte, au moment du transport de l'enfant à l'hôpital.

Voici d'après les renseignements fournis par la mère, l'histoire de la maladie. L'enfant a été bien portant jusqu'à avant-hier soir. A ce moment, l'enfant a été pris brusquement de fièvre, il aurait eu des convulsions. A partir de cette crise de convulsions, l'enfant *ne se nourrit plus du tout*. Il se jette, dit la mère, avec avidité sur le sein, prend une gorgée puis lâche brusquement le sein et rejette au milieu de cris atroces, le lait par la bouche et le nez. Cette scène pénible se répète chaque fois que la mère lui présente le sein, de sorte que depuis plus de quarante heures, l'enfant n'a rien pris comme nourriture. L'enfant a eu hier une crise de convulsions et une autre cette nuit. Ce matin, à huit heures, l'enfant s'arrête brusquement au milieu de ses cris *et cesse de respirer*; le visage de l'enfant est cyanosé et son corps devient raide.

Au bout de quelques secondes la respiration revient, l'enfant se remet à crier. A dix heures, deuxième crise de suffocation; à midi une troisième; la quatrième survient, comme nous le disions plus haut au moment du transport de l'enfant à l'hôpital.

De par le récit de la mère et de par l'impossibilité pour l'enfant de prendre le sein que la mère lui donne devant nous, nous pensons à un abcès rétropharyngien et nous sommes ainsi amené à examiner de suite la gorge de l'enfant.

Ce qui nous frappe d'abord en ouvrant la bouche de l'enfant c'est l'*immobilité* du voile du palais. Celui-ci est pendant vers la base de la langue et un peu œdématié; la luette descend profondément derrière la base de la langue et nous n'en voyons pas le sommet. Mais en abaissant fortement la base de la langue, la luette apparaît tout entière; elle est épaisse, infiltree et d'un rouge vif; son sommet forme une tumeur jaune de la grosseur d'une *petite noisette*.

Dans les efforts de vomissements que fait l'enfant pendant l'examen, la luette se déplace tantôt en avant, tantôt en arrière en emportant avec elle cet abcès collecté du sommet.

Rien sur les amygdales, l'examen de la paroi postérieure et latérale du pharynx est absolument négatif; ni rougeur ni tuméfaction. Séance tenante nous ramenons la luette vers la voûte palatine et nous l'immobilisons dans cette position à l'aide d'un manche de cuiller, une incision au bistouri vide l'abcès du sommet de la luette de quelques grammes de pus; aussitôt après on pratique un grand lavage de la bouche.

Le lendemain matin, 6 *janvier*, l'enfant nous est ramené par la mère, il tête depuis cette nuit et n'a plus de fièvre; le voile du palais est encore un peu infiltré et paresseux. Nous revoyons l'enfant le 7 janvier complètement guéri.

En somme, il s'agit d'un phlegmon du sommet de la luette chez un nourrisson, qui s'était manifesté cliniquement par tous les signes d'un abcès rétropharyngien, dysphagie intense, dyspnée avec accès paroxystiques; etc., le tout cédant immédiatement après l'incision de l'abcès.

Observation II. — *Peri-amygdalite linguale phlegmoneuse.*

Thir... (1), 8 ans, entre le 29 mai 1899 à l'hôpital des Enfants-Malades, salle Blache, service de M. le Dr Descroizilles.

L'enfant a eu la rougeole, il y a un mois environ; on nous l'amène, parce que depuis, elle dépérit beaucoup, manque d'appétit, tousse et a de la diarrhée.

A son entrée dans le service, Thir... est, en effet, très chétif, il tousse continuellement; la température se maintient aux environs de 38° avec légère exaspération vespérale.

Deux gros furoncles, sur le point de s'ouvrir de chaque côté de l'orifice anal.

Le genou droit est douloureux, enflé; le choc rotulien est très net; la mère nous dit que ce genou est enflé depuis une quinzaine de jours environ. Sur la face antérieure de la poitrine, une énorme et profonde plaie, due à un vésicatoire, qui a été maintenu pendant huit heures. Quelques râles sous crépitants aux deux bases. Pas de souffle : rien au cœur; les

(1) Nous devons à remercier notre maître M. Descroizilles, qui a bien voulu nous permettre la publication de cette observation. (A. K.)

urines rares, foncées et très albumineuses (un gramme dans les 24 heures). Rien à la gorge.

En somme, état infectieux, grave post-rougéolique, avec phénomènes pulmonaires, cutanés, articulaires, avec fièvre et néphrite sévère à l'éclosion de laquelle le vésicatoire a certainement contribué pour une large part.

Après quinze jours de traitement à l'hôpital, l'état de l'enfant s'est beaucoup amélioré, la congestion pulmonaire a disparu; les furoncles fessiers sont guéris; la plaie due au vésicatoire est cicatrisée; l'hydartrose du genou persiste encore. L'enfant gagne visiblement de poids et mange avec appétit; la température ne dépasse pas 37°,4.

Le 20 juin, au matin, la température monte brusquement à 39°,5; l'enfant est abattu, se plaint de la tête et vomit deux fois dans la matinée; en même temps l'enfant se plaint de la gorge qui lui fait mal, ce qui l'empêche d'avaler même des liquides. A l'examen nous constatons que la voix est claire, la respiration facile; l'enfant ouvre facilement la bouche, et tire toute sa langue sans difficulté. Un peu de rougeur sur les deux amygdales est tout ce que nous constatons à l'examen de la gorge.

M. Descroizilles prescrit des lavages de la bouche à l'eau bouillie; 12 grammes d'huile de ricin et 0 gr. 25 de chlorhydrate de quinine en deux fois. Le soir à la contre-visite l'état local n'a pas changé mais la température se maintient à 39°,5. Le lendemain 21 juin l'exanthème pharyngé a disparu; seul le pilier amygdalien droit antérieur est d'un rouge foncé et le toucher de ce pilier est très douloureux. Le soir du 21, même état, la dysphagie persiste; la température est à 38°,5 et les signes physiques sont ceux de ce matin.

22 juin. L'enfant a passé une nuit agitée, la gorge lui avait fait plus mal que d'abitude et de plus il aurait été à deux reprises gêné pour respirer.

Le matin à 10 heures, au cours de la visite l'enfant est pris brusquement d'un très violent accès de suffocation; l'enfant se met sur ses genoux, se cramponne à l'infirmière qui est auprès de lui et a la plus grande peine à respirer. L'inspiration est particulièrement difficile et longue; il y a du tirage sus-sternal et abdominal.

Nous nous disposons à transporter hâtivement l'enfant au pavillon de la diphtérie pour le tuber immédiatement quand la dyspnée cède et l'enfant se calme. Nous profitons de cette accalmie pour examiner de nouveau la gorge de l'enfant. Nous apercevons alors au niveau de la base de la langue *une tumeur du volume d'une noisette environ*; derrière cette tumeur on voit en abaissant fortement la base de la langue l'épiglotte très œdématiée et dépassant en hauteur celle de la tumeur.

La tumeur préglottique est manifestement unilatérale et située très près du pilier amygdalien antérieur droit. Le sommet de la tumeur laisse voir un point jaune qui nous indique qu'il s'agit d'une collection purulente. Nous décidons l'ouverture de l'abcès séance tenante. Pendant qu'on prépare les instruments, ouvre-bouche, bistouri, eau boriquée, l'enfant est pris d'un deuxième accès de suffocation très menaçant et plus dramatique que celui de tout à l'heure. Aussi est-ce en plein accès que nous incisons l'abcès: cinq à six grammes d'un pus jaune, bien lié, pas fétide, s'écoulent; la tumeur s'affaisse sous nos yeux et la suffocation cède aussitôt. On fait un grand lavage de la bouche et on recouche l'enfant.

Le soir la température est à 37°; l'enfant a dormi, a pu prendre une tasse de lait et n'a pas eu de dyspnée; mais l'épiglotte est encore très œdématiée. Le lendemain 21 juin, l'enfant se porte très bien; la gorge est encore un peu douloureuse mais l'épiglotte est complètement dégonflée; la fièvre a disparu et l'état de l'enfant est celui qu'il était avant l'éclosion de cette angine.

En somme il s'agit d'un enfant qui, au cours de la convalescence d'une rougeole, fait un abcès collecté dans l'espace glosso-épiglottique; cet abcès détermine un œdème laryngé de voisinage avec accès de suffocation menaçants nécessitant une intervention immédiate qui fait cesser les accidents.

Cette localisation d'une angine phlegmoneuse est extrêmement rare; nous avons vainement cherché dans la littérature médicale *infantile* un cas de ce genre. Chez l'adulte, au contraire, cette angine a été très bien décrite par Ruault (1) qui a observé six cas. Luc et Cartaz ont observé chacun un cas. Comme on voit, la péri-amygdalite phlegmoneuse linguale est une variété rare d'angine frappant partout l'adulte, mais pouvant aussi, ainsi que le prouve notre cas, s'observer chez l'enfant.

Un point qui mérite surtout d'attirer l'attention, c'est l'œdème laryngé avec accès de suffocation auquel peut donner naissance la péri-amygdalite linguale phlegmoneuse. Cartaz cite un cas de dyspnée provoquée par le *refoulement* en bas et en arrière de l'épiglotte par l'abcès; l'œdème faisait presque défaut dans ce cas; d'ailleurs la dyspnée était très légère. Dans notre cas, au contraire, la dyspnée fut des plus violentes et il est certain que sans l'intervention hâtive, l'enfant eût certainement succombé dans un accès de suffocation.

Quel est exactement le siège de ce phlegmon de la base de la langue? Deux mots sur l'anatomie de cette région préciseront la question. La muqueuse du vestibule laryngé, après avoir tapissé la face postérieure de l'épiglotte, contourne ce fibro-cartilage, revêt sa face antérieure, et s'étale ensuite sur la base de la langue avec la muqueuse de laquelle elle se continue. Au-dessous de la muqueuse, des lamelles élastiques rattachent l'épiglotte à la base de la langue. Ces lames élastiques, au nombre de trois — ligaments glosso-épiglottiques median et latéraux — soulèvent la muqueuse en formant là trois replis : les plis glosso-épiglottiques, plis qui limitent entre eux deux fossettes oblongues dites fossettes glosso-épiglottiques.

La péri-amygdalite linguale phlegmoneuse se développe dans une de ces fossettes glosso-épiglottiques ou immédiatement en avant d'elles, dans la région qui avoisine le V lingual.

Sur une coupe, faite de la superficie vers les couches profondes de la muqueuse linguale, à ce niveau on rencontre : d'abord l'épithélium reposant sur une base membraneuse; au-dessous de celle-ci s'étale le chorion de la muqueuse avec dans ce chorion :

1° Des glandes en grappes; glandes muqueuses de la base de la langue.

2° Une infiltration lymphoïde très abondante qui porte le nom d'amygdale linguale; c'est l'inflammation de celle-ci qui constitue l'*amygdalite linguale.*

Sous le chorion s'étale une épaisse couche de tissu conjonctif lâche, s'étendant du chorion jusqu'au ligament hyo-épiglottique qui forme, pour ainsi dire, le plancher de la région. C'est l'inflammation de cette masse celluleuse qui constitue la péri-amygdalite linguale phlegmoneuse. On voit, par cette description, que l'abcès est toujours latéral et qu'il se cantonne dans une petite loge anatomique délimitée : *en dedans* par le ligament glosso-épiglottique médian, en dehors par le ligament glosso-épiglottique latéral, et en bas par la membrane hyo-épiglottique. En avant, le tissu conjonctif arrive presque au niveau du V lingual. En arrière, le tissu conjonctif se continue avec celui qui double la muqueuse du vestibule laryngé, ce qui nous explique la facilité de l'œdème du larynx et même les fusées purulentes vers le vestibule laryngé, dans le cas de péri-amygdalite linguale phlegmoneuse.

Le diagnostic de ce phlegmon a été facile, même sans miroir laryngoscopique. Néanmoins, nous n'avons

(1) *Archives de Laryngologie*, 1892.

pu le faire avant la formation d'une collection; peut-être qu'un examen laryngoscopique nous eût montré, dès le premier jour de la maladie, de la rougeur ou de la tuméfaction de l'amygdale linguale; mais, chez l'enfant, cet examen est toujours extrêmement pénible. Notons enfin que notre malade n'avait pas de l'engorgement ganglionnaire angulo-maxillaire; avec une dysphagie forte, telle que nous l'avons observée chez notre malade, avec l'absence de tuméfaction ganglionnaire, joint à un examen laryngoscopique précoce, on pourra, certainement, dans des cas similaires, faire un diagnostic plus précoce et éviter alors, par un traitement hâtif, les crises de dyspnée paroxystiques qui faillirent emporter notre malade.

OPHTALMOLOGIE

Tuberculose oculaire; Tuberculose de l'iris et du corps ciliaire (*suite*) (1);

Par M. Alphonse PÉCHIN.

Dans la description des diverses formes que revêt l'irido-cyclite tuberculeuse, on a vu que les différences s'établissent surtout par la marche de l'évolution et la terminaison de cette affection. Le processus peut s'éteindre sur place en déterminant plus ou moins de troubles, plus ou moins de lésions localisées et en respectant plus ou moins la fonction visuelle. C'est ce qu'on a appelé la guérison spontanée admise par la plupart des auteurs, niée pourtant par Vossius et Horner parce qu'ils voyaient dans les nodules autre chose que de la tuberculose. Cette guérison spontanée devait être constatée en clinique car l'expérimentation l'a démontrée chez les animaux (Deutschmann, H. Knapp, Van Duyse, etc...). On sait que cette inoculation donne des résultats variables, nuls ou légers dans certains cas, graves et compliqués de métastases dans d'autres. Ces inoculations ont été faites dans ces derniers temps très fréquemment car elles constituent une épreuve sérieuse de diagnostic. Cliniquement, la guérison a été observée par un grand nombre d'observateurs. Haab (2) trois cas; Van Duyse (3), trois cas. Deux ans après la publication de ses trois observations, ce dernier auteur en publiait une quatrième où la résorption des nodules iriens dans les deux yeux permettait après iridectomie une vision passable; sa malade comptait les doigts à trois mètres de l'œil droit et à gauche pouvait lire les caractères I de Snellen à 0,20 centimètres et à cinq mètres, avait V = 0,2. Viennent ensuite les observations de Liebrecht (4), de Leber (5), de M. Panas (6), de Silex (7), de de Wecker (8). Le malade de ce dernier, un enfant de cinq ans, conserva une vision parfaite. On pourrait multiplier ces exemples. Cette guérison spontanée n'a rien qui puisse nous surprendre, ne voyons-nous pas d'autres tuberculoses locales guérir soit cutanées, soit osseuses, soit viscérales et dans ces derniers temps, les effets curatifs de la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse ont été mis hors de doute bien que l'influence de cette opération attende encore une explication. Et bien que ce problème, si vaste et si difficile à résoudre de la tuberculose, renferme encore bien des inconnus, nous savons qu'au point de vue évolutif il y a des formes fibreuses qui n'aboutissent pas à la mortification caséeuse, c'est le tubercule stationnaire sur lequel J.-M. Charcot (9) avait déjà appelé l'attention. D'autre part, les granulations devenues caséeuses peuvent subir la transformation fibreuse et bien plus il peut y avoir résorption complète des éléments tuberculeux. Est-ce une question de microbes? S'agit-il de vision atténuée? Est-ce une question de terrain? Grosses questions de pathologie générale sur lesquelles je ne puis m'appesantir dans cette étude d'ophtalmologie.

Nous avons vu également qu'à côté de cette terminaison par phtisie, par irido-cyclite plastique, par irido-choroïdite et même quelquefois par de légères lésions qui ne portent pas d'atteinte trop préjudiciable à la vision, nous avons vu, dis-je, qu'il existe une forme grave envahissante et destructive de l'organe, lésions tellement graves que l'énucléation s'impose.

* * *

Connaissant la marche et la terminaison de l'affection, nous arrivons forcément à formuler un pronostic sévère. Dût-elle respecter plus ou moins l'organe de la vision et s'y cantonner le sujet n'en est pas moins soupçonné à juste titre, nous l'avons vu, d'être porteur d'une autre lésion tuberculeuse dans le cas où l'œil seul paraît en cause et dans les autres cas où le malade est, en outre, affecté d'une autre tuberculose évidente, on conçoit que la situation s'aggrave devant pareille généralisation. Donc de toute façon, quelque petite soit-elle, quelques légers soient les symptômes qui l'accompagnent, quelle que soit la lenteur avec laquelle elle évolue, une manifestation tuberculeuse de l'iris ou du corps ciliaire est toujours une affectian grave.

* * *

Mais pour affirmer pareille gravité, même devant une lésion oculaire légère, ou qui le paraît, et pour formuler un traitement général qui attestera que cette lésion est l'indice d'un mauvais état général ou d'une infection grave qui peut compromettre à un moment donné l'organisme tout entier, avons-nous des éléments de diagnostic certains? A voir avec quel soin certains auteurs ont décrit ces nodules, leurs formes, leurs dimensions, leur coloration, leur emplacement, leur nombre, leur évolution, on pourrait le croire; mais il n'en est rien, et certainement le diagnostic offre de sérieuses difficultés. Il est non moins certain que dans les cas où il s'agit d'un sujet nettement tuberculeux, les difficultés sont moindres, mais encore faut-il étudier avec soin la question de concomittance et alors les difficultés réapparaissent en quelque sorte. De là l'importance du diagnostic différentiel. S'il s'agit d'un adulte, nous aurons à examiner s'il ne s'agit pas de condylomes syphilitiques, de syphilis acquise, et il ne faut pas croire que la difficulté va disparaître par l'épreuve du traitement. Le célèbre adage: *Naturam morborum ostendunt curationes,* n'est pas de mise ici. Le résultat positif ou négatif du traitement spécifique ne peut entraîner aucune conviction de diagnostic, pas la moindre, quoi qu'il arrive. Le traitement peut être indifférent, ce qui ne témoigne pas contre la syphilis en faveur de la tuberculose. Ou bien il s'agit d'une amélioration ou d'une guérison à laquelle le traitement a pu être complètement étranger, voire même efficace alors qu'il s'agirait de tuberculose. Donc, l'épreuve du traitement spécifique est nulle. Les caractères tirés de l'emplacement, que la tumeur soit située vers le petit cercle ou vers la périphérie de l'iris, n'ont pas grande valeur au point de vue du diagnostic différentiel. Et de savoir, selon l'affirmation de Fuchs rappelée plus haut (*loc. cit.*), que le syphilome de l'iris siège sur le bord ciliaire ou pupillaire, jamais à un autre endroit, et que d'autres tumeurs peuvent occuper n'importe quel point de la surface de l'iris, cela peut nous servir dans certains cas à émettre un fort soupçon sur la nature syphilitique d'une tumeur située dans la partie médiane de l'iris, mais sans nous permettre d'affirmer la tuberculose. Leber s'autorisait du grand nombre des modules tuberculeux pour les opposer au syphilome souvent solitaire. Un homme de la grande valeur de Leber a dû faire des remarques fréquentes sur ce sujet pour arriver à donner à ce caractère numérique une certaine valeur séméiologique; mais je ferais observer que j'ai soigné, il y a cinq ans, un malheureux jeune homme de 27 ans, notoirement syphilitique, et qui fut atteint d'iritis aux deux yeux. Un confrère avait fait une iridectomie sur l'œil droit et lorsque je vis le malade, cet œil droit, légèrement hypotone, commençait à

(1) Voir *Progrès médical*, n° 12.
(2) Deutschmann's, Beitrage zur Augenh, f. 2, 1891.
(3) *Arch. f. Opht.*, 1879, t. XXV, 4, p. 203.
(4) *Ann, d'Ocul*, 1890, p. 23 et 1892 p. 480.
(5) *Arch. f O.*, t. XXXVI, f. 4, p. 224.
(6) *Broch. Heidelberg*, 1891. Uber abgesetz. Tub. des Auges.
(7) *Tribune médicale*, 21 nov., 1889.
(8) *Berlin klin. Woch.*, fév. 1895 et mars 1896.
(9) Société française d'opht., 1896.

devenir phtisique, il y avait une occlusion complète de la pupille et absence de la chambre antérieure. L'œil gauche permettait à peine au malade de se conduire. Synéchies complètes avec une très petite ouverture pupillaire et sur l'iris, dans la région inféro-interne, cinq tout petits syphilomes, comme des grains de mil, situés vers le bord interne et empiétant sur la partie médiane. Sur la face, et en grand nombre, de grosses papulles syphilitiques. On me sollicita beaucoup pour intervenir opératoirement, mais je ne voulus rien faire et fis bien, car, moins de deux ans après, les deux cornées offraient un aspect blanchâtre, lardacée, comme chez certains léprosiques et la cécité était complète. Une opération eut été désastreuse. Or, cet exemple montre que les *nodules syphilitiques peuvent être nombreux* et, en outre, qu'en pareille circonstance on ne doit pas faire l'iridectomie.

Si, au lieu de jeunes gens il s'agit d'enfants ou d'adolescents, comme c'est le cas le plus fréquent, nous n'aurons pas autant à nous préoccuper de la syphilis acquise, mais surtout de l'hérédo-syphilis qui, elle aussi, frappe l'organe de la vision. Les paralysies oculaires, la chorio-rétinite, la choroïdite antérieure avec périphlébite rétinienne, des taches pigmentaires ressemblant à la rétinite pigmentaire proprement dite, la papillite, les stigmates rudimentaires, la kératite parenchymateuse, le strabisme, l'amétropie, les malformations palpébrales, pupillaires, cristalliniennes, la microphtalmie, la dissymétrie oculaire, la dénivellation oculaire ont été signalés par divers auteurs et notamment par le Pr Fournier et Sauvineau (1), le Pr Hirschberg (2), Hutchinson (3), Alexander (4), Trantas (5), Fuchs (6), Galezowski (7), Antonelli (8), Barasch (9). Voilà, à peu de chose près, le bilan de la syphilis héréditaire de l'œil et je n'ai pas cité les gommes de l'iris. Ce n'est pas que les observations manquent absolument, il y en a, mais elles sont douteuses. On connaît celle de Trousseau (10) qui concerne un garçon de 17 ans, dont la mère était syphilitique, et qui présentait lui-même des érosions dentaires et une hypérostose d'un tibia, mais deux lésions qui ne sont pas forcément syphilitiques. Les gommes iriennes hérédo-syphilitiques sont donc rares, si toutefois elles existent. Sous la dénomination de granulie de l'iris, employée à dessein afin de ne pas préjuger si l'affection est d'origine syphilitique ou tuberculeuse, M. de Wecker (11) décrit de petites productions iriennes ne survenant que chez les enfants, principalement vers l'âge de 10 ans, s'accompagnant d'iritis séreuse d'abord, puis plastique, et de phénomènes glaucomateux. Le segment antérieur de l'œil est toujours très altéré suivant que le processus détruise la cornée ou la respecte tout en modifiant, en la schlérosant. Toutefois, M. de Wecker est tenté de croire qu'il s'agit là d'une affection plutôt de nature hérédo-syphilitique. C'est très possible, mais il est certain que c'est là aussi l'évolution de la tuberculose oculaire, même chez les enfants ne présentant aucune autre lésion tuberculeuse. Chez les petits malades auxquels fait allusion M. de Wecker, il y a lieu de faire un examen très approfondi des stigmates hérédo-syphilitiques. Dans la syphilis acquise comme dans l'hérédo-syphilis, les gommes iriennes ne présentent pas de caractères distinctifs et selon que les lésions qu'on trouvera chez le malade seront de nature tuberculeuse ou syphilitique, on rattachera la lésion oculaire à l'une ou à l'autre diathèse. Comme on le voit, ce n'est pas là un diagnostic rigoureux ; c'est un diagnostic plutôt de probabilité. De là ressort l'importance d'un examen minutieux du sujet ; on notera soigneusement ses antécédents héréditaires et personnels, on fera porter les investigations sur les symptômes de la syphilis acquise et sur les tares héréditaires de la syphilis, qu'il s'agisse de syphilis proprement dite transmise en substance, en nature ou bien d'hérédité parasyphilitique, dystrophique. Et comme les stigmates dystrophiques, qu'il faut distinguer des stigmates spécifiques, n'impliquent pas la syphilis par eux-mêmes chez les sujets qui les portent, on conçoit que la difficulté du problème diagnostique d'une tumeur de l'iris s'en augmente d'autant ; ces stigmates de dégénérescence dénoncent une tare héréditaire sans attester que le malade soit infecté de syphilis et, dans un cas semblable, des tumeurs de l'iris pourront être de nature tuberculeuse, l'état dystrophique ne pouvant que prédisposer à cette dernière diathèse, et bien plus, l'hérédo-tuberculose et l'hérédo-syphilis ayant des stigmates distrophiques communs. Le géniteur syphilitique comme le géniteur tuberculeux imprime à sa descendence ou, mieux, peut lui imprimer une tare dystrophique, une hérédité homœomorphe lorsqu'il lui transmet sa propre infection, une hérédité hétéromorphe lorsque l'infection transmise n'est pas celle même dont il est atteint. Pourtant, certains stigmates dystrophiques relèvent plus particulièrement de la syphilis et c'est à ces derniers qu'on devra surtout attacher de l'importance lorsqu'il s'agira de déterminer la nature des tumeurs de l'iris, je veux parler de la dent d'Hutchinson et du crâne natiforme. Il y a là un type hérédo-syphilitique qu'il s'agit de déterminer et pour l'étude complète duquel je renvoie à la thèse de M. Edmond Fournier (1) et au travail de M. Platon (2).

En présence d'une tumeur ayant envahi le segment antérieur de l'œil et de la sclérotique, on peut se demander s'il s'agit d'une tumeur tuberculeuse ou sarcomateuse ou d'une gomme de la sclérotique. Je ne crois pas qu'il y ait des tumeurs de cette nature primitives de la sclérotique. Cette membrane peut être envahie secondairement par une tumeur qui provient de l'iris, du corps ciliaire ou de la choroïde, tumeur d'origine vasculaire, mais non d'origine fibreuse.

La confusion a pu être faite avec un sarcome du corps ciliaire. Cette erreur a été commise par Velhagen (3), qui prit une tuberculose de l'iris et du corps ciliaire chez un enfant de huit ans pour un sarcome. C'est après énucléation que le vrai diagnostic fut établi ; cet enfant ne présentait d'ailleurs aucune autre tuberculose. Cette erreur a été commise également par Lagrange (de Bordeaux) (4) dont le petit malade, un enfant de sept ans, bien portant, ayant de bons antécédents héréditaires, était atteint d'une tuberculose du tractus uvéal antérieur qui, en moins de trois mois, avait défoncé la coque oculaire pour apparaître sous forme de fongus au-dessus de la cornée, qui était rejetée en bas. Ce fongus était d'un blanc sale, laissant voir de petits îlots jaunâtres et le diagnostic sarcome ou épithéliome du corps ciliaire fut rectifié, après énucléation, par les examens histologique et microbiologique. Or, en pareil cas, n'ayant pour se guider que l'aspect de la lésion, on devra attacher la plus grande importance à la présence des petits îlots jaunâtres qu'on ne trouve pas dans le sarcome. Le sarcome contient généralement plus de vaisseaux que la tumeur tuberculeuse, il se présente sous la forme d'une tumeur unique, tandis qu'autour de la tumeur tuberculeuse principale, on peut voir dans certains cas de petits tubercules de teinte grise ou jaunâtre, dont la signification est précieuse. Et j'ajoute qu'au début, avant que le sarcome n'ait plus ou moins détruit le segment antérieur de l'œil, il s'accompagne d'iritis moins souvent que le tubercule ou le syphilome.

Le mélanome, petite tumeur noirâtre qui naît dans le stroma iridien et proémine dans la chambre antérieure et qui est dû à une prolifération des cellules pigmentées de l'iris, reste stationnaire et, en cela, il se distingue du sarcome pigmenté avec lequel, sans cela, il offre une ressemblance presque parfaite. En tous cas, la pigmentation de ces deux tumeurs suffira à ne pas les confondre avec les tubercules, dont la coloration est différente.

Dans les traumatismes de la cornée, dans les lésions destruc-

(1) Troubles oculaires d'origine hérédo-syphilitique. Société de dermatologie et de syphiligraphie, décembre 1896.
(2) *Deutsch. med. Wochenschr.*, 1895, Nos 26 et 27.
(3) A Clinical memoir of certain diseases of the eye and ear, consequent of inherited syphilis. London, 1863.
(4) Syphilis und Auge., Wisbaden, 1889.
(5) *Arch. d'opht.*, janvier 1897.
(6) *Arch. fur Augenh.*, 1896.
(7) Société d'opht., Paris, 4 mars 1890.
(8) Thèse, Paris, 1897.
(9) Thèse, Paris, 1896.
(10) *Bulletin de la clinique des Quinze-Vingts*, 1886, p. 126.
(11) Traité d'opht., 1886, t. II, p. 352.

(1) Thèse de Paris 1898.
(2) *Gazette hebd. de méd. et de chirurgie*, 1898, p. 92[illegible].
(3) *Klin. Monatsbl. f. Augenh.*, [illegible] 1894, p. 1[illegible]1.
(4) *Arch. d'Opht.*, mars 1895.

tives de cette membrane ou encore après l'ablation des staphylomes, on peut observer des productions néoplasiques de l'iris (granulome simple, traumatique de de Wecker). Ce bourgeonnement irien pourra présenter, dans certains cas seulement, de sérieuses difficultés pour le diagnostic, surtout si l'on fait intervenir le traumatisme comme cause déterminante d'une évolution tuberculeuse chez des enfants chétifs et malingres. On tiendra compte des antécédents héréditaires et personnels du malade, de la nature de l'affection oculaire qui a provoqué la destruction de la cornée ou qui a nécessité l'ablation de cette membrane, de l'aspect de la tumeur jaune, rougeâtre, bosselée, bourgeonnante, granuleuse et qui, avec ces caractères, peut ressembler à la tuberculose oculaire lorsqu'il y a fongus perforant la coque oculaire. D'ailleurs la difficulté pour ce diagnostic n'existe que pour le cas où l'on est appelé tardivement auprès du malade.

On conçoit quelle difficulté il pourra y avoir à diagnostiquer des granulomes relevant d'endo-infections encore inconnues, granulomes en faveur desquels on ne pourra, dans l'état actuel de nos connaissances, qu'invoquer les raisons qui pourront faire éloigner la syphilis ou la tuberculose. En somme, diagnostic de sélection bien incertain. Les endo-infections constituent, à présent, des sujets d'études nouveaux dont quelques-uns sont à peine ébauchés. On comprend que pareilles néoplasies puissent provenir d'autres infections que celles actuellement connues, on peut les admettre par analogie en attendant plus ample instruction. Il en est de même des productions qu'on rattache à la leucémie, à la speudo-leucémie et au lymphadénome. Le lymphadénome et la leucémie doivent-ils être confondus ou séparés? La leucémie provient-elle du passage dans le sang de toxines élaborés par la moelle osseuse, mais qui pourraient être d'origines diverses? Quelle est la nature de la lymphadénie aleucémique et de la lymphadénie leucémique? S'agit-il d'une infection microbienne? Faut-il se rattacher à la diathèse lymphogène de Jaccoud avec, comme *primum movens* une adénopathie localisée, suite d'irritation ou d'infection des parties voisines? Autant de questions difficiles, délicates à résoudre et pleines d'obscurités.

Je passe sur les tumeurs dues à l'introduction de poils ou de cils dans la chambre antérieure et qui forment des productions kystiques sur l'iris, de même que sur les abcès de l'iris par corps étrangers.

A priori, on ne penserait pas qu'il fallût établir le diagnostic différentiel avec l'iritis rhumatismale, tant les deux affections prennent habituellement de caractères différents dans leur évolution, et cependant, il convient de le faire, car des erreurs de diagnostic ont été commises par des praticiens distingués, ce qui prouve que le diagnostic de la tuberculose oculaire est souvent hérissé de difficultés. L'observation suivante est suggestive à cet égard. Cette observation a été rapportée par H. Coppez (1). Une jeune fille de quatorze ans consulte le Dr Chantry (de Tournay); les symptômes oculaires sont les suivants : injection périkératique, infiltration de l'iris très légère, quelques synéchies, inéclairabilité de l'œil, photophobie et peu de douleurs oculaires, et comme la malade se plaint, en outre, de douleurs dans l'épaule et dans le cou, on pose le diagnostic d'iritis rhumatismale. Or, il s'agissait d'un début de tuberculose irienne; l'infiltration prend bientôt un aspect lardacé, à l'infiltration succède une tumeur blanchâtre qui grossit rapidement et se vascularise. C'est à ce moment qu'intervinrent MM. Coppez, père et fils, et eurent à se prononcer entre une tuberculose de l'iris ou un leuco-sarcome. Les lésions étaient tellement avancées que l'énucléation fut pratiquée, et c'est alors seulement que l'examen microscopique permit d'établir le diagnostic de tuberculose du tractus uvéal. Et, chose bien digne de remarque, la vascularisation qui semblait à MM. Coppez en faveur d'un leuco-sarcome n'appartenait pas à la tumeur. *Celle-ci irritait la cornée avec laquelle elle était en contact et la vascularisation appartenait à la face profonde de cette membrane.* Depuis le début jusqu'à la fin, tout concourait dans cette observation à faire dévier le diagnostic. Les difficultés auxquelles se sont heurtés nos éminents confrères et qui nous eussent nous-même bien embarrassé, sont telles qu'il y avait intérêt à rapporter cette observation avec quelques détails. En pareille circonstance on devra se rappeler que l'iritis tuberculeuse est, comme je l'ai déjà dit en traitant le chapitre de l'étiologie, une maladie de l'enfance et de l'adolescence et que l'iritis rhumatismal n'apparait guère avant la vingtième année.

(1) *La Clinique ophtalmologique*, 1896 (octobre).

La même remarque, au sujet de l'âge des malades, va nous servir pour faire, dans certains cas, le diagnostic différentiel avec la scléro-choroïdite antérieure. Le foyer inflammatoire tuberculeux peut présenter certaine ressemblance avec la scléro-choroïdite antérieure et l'épisclérítis. Chez les enfants et les adolescents on devra songer à la tuberculose, car la scléro-choroïdite antérieure se développe sous l'influence de la goutte et du rhumatisme chez des personnes plus ou moins robustes et déjà avancées en âge. Les malades atteints de tuberculose oculaire sont jeunes et chétifs. Il n'est pas jusqu'à la panophtalmie qui ne puisse créer quelque embarras pour le diagnostic. Giraud-Teulon (communication orale de M. le Pr Panas) diagnostiqua une panophtalmie chez une jeune fille de 14 ans (de la Ferté-sous-Jouarre), et cet ophtalmologiste des plus distingués avait conseillé l'énucléation. M. le Pr Panas, appelé à examiner la malade, constata une tuberculose oculaire et pulmonaire. L'attention doit donc être appelée sur cette erreur possible. Je rappelle pour mémoire, que j'ai rappelé plus haut l'observation de Lubowski et de trois autres observations analogues concernant des malades, chez lesquels la tuberculose du tractus uvéal antérieur revêtit d'emblées la symptomatologie inquiétante du glaucome aigu et absolu.

J'en aurai fini avec ce chapitre un peu long de diagnostic différentiel, lorsque j'aurai parlé de la lèpre qui peut créer des lésions rappelant les gommes syphilitiques ou les tubercules de l'iris et du corps ciliaire. L'observation de Jeanselme et Morax (1) en est un par exemple. Chez leur malade, un lépreux âgé de 33 ans, les paupières seules, à droite, présentaient quelques nodules lépreux et l'œil était indemne. A gauche, mêmes lésions des paupières et, en outre, lésions du globe. L'œil est irrité, il y a de la photophobie et du larmoiement; injection périkératique et infiltration parenchymateuse et vasculaire, légère et partielle de la cornée. Iris un peu décoloré; la pupille irrégulière et contractée est le siège d'un très-léger exsudat. En outre, dans l'angle irido-cornéen et dans la région correspondant au trouble cornéen, on voit deux masses en forme de fuseau de coloration jaune, grisâtre, remplissant l'espace compris entre la racine de l'iris et la face postérieure de la cornée et limitées du côté interne par un bord faiblement connexe. Les auteurs ajoutent que chez ce malade les tubercules lépreux rappellent certaines gommes syphilitiques ou tuberculeuses qui prennent naissance dans le corps ciliaire. Il suffira le plus souvent d'être prévenu afin d'éviter toute erreur. Les commémoratifs, d'autres manifestations lépreuses, la chute des cils et des sourcils, les macules et les tubercules, les lésions atrophiques, les ectasies veineuses, lésions siégeant principalement à la région sourcillière et au niveau du bord libre des paupières permettront d'établir le diagnostic.

* * *

La question du traitement de la tuberculose du tractus uvéal antérieur a été l'objet de nombreuses discussions et aussi de nombreuses dissidences. Mais maintenant l'accord paraît se faire. Pour ceux qui admettent que la tuberculose oculaire est primitive et qu'elle est un foyer d'infection pouvant devenir dangereux pour l'organisme tout entier en généralisant la tuberculose, l'énucléation, faite hâtivement devait être le traitement rationnel. Et l'on a énucléé beaucoup d'yeux tuberculeux parce qu'ils étaient inutiles et dangereux. On a abusé de l'énucléation. Comme je l'ai dit au début de cette étude, la pathogénie de la tuberculose oculaire est une question particulièrement délicate et si, d'après quelques observations on peut admettre l'infection primitive proprement dite, mode d'infection toujours passible d'un doute puisque l'absence de lésions tuberculeuses dans d'autres régions ne peut être invoquée en faveur d'une infection primitive, nul doute que l'infection secondaire soit la plus fréquente, sinon constante, et voilà déjà,

(1) *Annales d'oculistique*, nov. 1898. T. II, p. 349.

bien affaibli, sinon détruit, l'argument tiré de la crainte d'un foyer oculaire qui peut être le point de départ de métastases, crainte qui pourra subsister, il est vrai, dans les cas bien rares de tuberculose primitive. Et encore dans ce dernier cas conviendrait-il d'établir dans quelle proportion existent les risques de dissémination, et comment faire une statistique probante avec quelques cas seulement de métastases et de non métastases.

L'œil, il est vrai, va devenir inutile, même dans le cas de guérison dite spontanée où les lésions guéries du segment antérieur entraînent la perte de la vision. Mais dans ces cas là, il y a plus d'avantages pour le malade à garder cet œil qu'à subir l'énucléation et à souffrir toute sa vie des petits et grands ennuis qui sont à la charge de cette mutilation et de la prothèse, mutilation qui entre autres graves inconvénients, a celui de compromettre la symétrie du squelette facial, puisqu'il s'agit de jeunes sujets. Donc, s'abstenir d'énucléer, voilà la règle qui pourra subir quelques exceptions dans des cas particuliers, notamment lorsqu'il s'agira d'un processus aigu, avec poussées glaucomateuses, fongus perforant la coque oculaire et amenant de graves désordres. Et même dans ces derniers cas faut-il ne pas se presser outre mesure, on a vu des yeux fongueux avec des cornées détruites se cicatriser spontanément. Assimiler au point de vue du traitement les tuberculoses chirurgicales à la tuberculose du segment antérieur de l'œil, et procéder radicalement dans les deux cas pour l'excrèse totale et l'énucléation est une double erreur qu'on doit éviter de par l'étiologie et de par les conséquences opératoires, étiologie et conséquences différentes dans les deux cas.

On a pu, avec quelque apparence de raison, être tenté d'intervenir par l'iridectomie. Des opérateurs prudents et sagaces ont pratiqué cette opération avec des résultats variés et des succès discutables. La vérité est que, dans certains cas, cette opération peut abréger la durée de l'affection, s'opposer à l'évolution d'une tubercule qui désorganisera le segment antérieur de l'œil et même le guérir parfaitement, en lui laissant l'intégrité de la vision. Au Congrès d'Ophtalmologie de Paris, en 1896, M. de Wecker a rapporté l'observation d'un enfant âgé de 5 ans, atteint de tuberculose de l'iris et *du corps ciliaire*, et auquel il fit seulement une iridectomie, malgré que d'autres confrères eussent proposé à tort, il faut le reconnaître, l'énucléation. Dans ce cas l'opération fut des plus heureuses, puisque sept ans après cette iridectomie, l'enfant chétif alors se portait très bien et avait une vision parfaite. Ce résultat heureux mérite d'autant plus d'être noté, que la tuberculose irienne s'étendait au corps ciliaire. M. Terson père, et d'autres opérateurs, ont cité des cas analogues. Je crois que l'iridectomie est utile dans les cas de tubercule solitaire avec conservation d'une bonne perception lumineuse. En intervenant à ce moment précis on peut avoir la chance, s'il n'y a pas de poussée tuberculeuse ultérieure (chose impossible à prévoir), de couper à l'évolution tuberculeuse et de sauvegarder l'œil, par conséquent. Comprise ainsi, l'iridectomie est très rationnelle. Je n'ai personnellement aucune expérience de cette intervention, m'étant jusqu'à présent toujours trouvé en face de tuberculose disséminée de l'iris, cas dans lesquels il faut s'abstenir et ne pas risquer par un traumatisme opératoire de développer des accidents aigus, ni renoncer au bénéfice d'une résorption spontanée. On voit avec quelle prudence on devra intervenir opératoirement dans la tuberculose du tractus uvéal antérieur, et si je considère l'énucléation comme devant être généralement proscrite, je pense que dans certains cas seulement il conviendra de faire l'iridectomie, et ce sera de la chirurgie conservatrice.

LA FRÉQUENCE DES MALADIES VÉNÉRIENNES DANS LES PRINCIPALES ARMÉES D'EUROPE. — Voici les chiffres que fournit le Dr Vogel, médecin militaire, dans une étude publiée dans le n° 31 de *Munchener med. Wochenschrift* : Armée italienne, 9,5 0/0 d'effectif; armée autrichienne, 6,4 0/0 ; armée française, 4,7 0/0 ; armée bavaroise, 3,5 0/0; armée prussienne, 2,2 0/0. Ces chiffres ne visent que le nombre des malades admis en traitement dans les hôpitaux. Notons en passant que la proportion la plus forte existe daus l'armée du pays où, depuis quelques années, les prostituées ne sont plus soumises à une visite médicale. (*Lyon Médical.*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'enseignement de la Médecine légale dans les Facultés de Médecine de France (1).

§ V. Faculté de Lille.

A part quelques élèves d'élite, la grande majorité des étudiants s'intéressent peu à la médecine légale. Presque tous, tout en déclarant que cette étude est fort intéressante, se promettent bien de ne pas faire plus tard de médecine légale.

Les raisons? 1° La modicité des honoraires alloués aux experts; 2° l'énorme responsabilité qui pèse sur leurs épaules; 3° les attaques injustifiées qui attendent tout expert mêlé à une affaire touchant à la politique ou à la religion (exemple l'affaire Flamidien).

Le *Cours de médecine légale* est jusqu'à présent un cours purement théorique, et les élèves ne sont astreints à aucun exercice pratique comme dans les autres branches de l'enseignement. Les pouvoirs publics ont l'intention de modifier cet état de choses et la réforme des études médico-légales est à l'ordre du jour. Les Facultés ont déjà été consultées et le professeur de médecine légale a eu à faire récemment un rapport sur ce sujet. Pour ce qui est de l'*enseignement*, voici comment le Pr CASTIAUX a procédé depuis 1880.

Cours théorique pendant le semestre d'été, une fois par semaine. Des pièces sont montrées aux élèves pendant le cours. Exposition détaillée des affaires médico-légales intéressant la région de Lille.

Exercices pratiques. — Les *autopsies médico-légales* sont presque toutes faites dans le laboratoire de la Faculté et elles sont nombreuses. C'est là l'exercice pratique par excellence, et les étudiants s'en montrent très friands. Avant chaque autopsie, M. Castiaux expose l'affaire, ses différentes phases, ses difficultés. L'opération en elle-même donne lieu, bien entendu, à une foule de considérations.

Travaux de Laboratoire. — Ces travaux n'étant pas obligatoires, les élèves n'y viennent qu'en petit nombre. Ils sont pourtant d'une importance capitale : Examen de pièces à conviction de toutes sortes; — analyse de taches diverses; — Examen microscopique, etc.

Le *Musée* renferme des pièces intéressantes qui sont montrées au Cours et qui servent singulièrement à fixer l'attention des élèves. Malheureusement les locaux dont dispose le professeur commencent à devenir insuffisants. Ils comprennent cependant une salle d'autopsie bien aménagée, un laboratoire pour le professeur, un laboratoire pour les élèves, un service photographique qui rend de grands services à la Justice.

§ VI. — Faculté de Nancy.

Le service est très bien installé dans les batiments de de l'Institut anatomique, il comprend : le cabinet du professeur, celui du préparateur, un laboratoire; des armoires y sont disposées pour le musée ; une salle d'autopsie très bien aménagée, la Morgue qui y est adjacente. Un appareil frigorifique sera installé dès que les crédits demandés seront accordés.

L'enseignement comprend : *Le cours magistral*, trois leçons par semaine pendant le semestre d'hiver ; toutes les parties de la médecine légale sont traitées dans l'espace de deux ans ou un peu plus. Aux cours sont faites les expériences et démonstrations pratiques nécessaires : souvent les autopsies quand l'occasion se présente, suivant

---

(1) Voir les nos 7, 8 et 12

les ressources fournies par la Morgue. M. Demange cherche à rendre l'enseignement aussi pratique que possible. Pendant le semestre d'été, les ressources de la Morgue sont utilisées pour faire des *autopsies* et *conférences pratiques*. Les élèves font eux-mêmes un certain nombre d'autopsies, et ils sont dressés à faire les *rapports*.

La Maternité fournit également bon nombre de fœtus mort-nés, etc.

La folie, au point de vue médico-légal, est également traitée au cours, ainsi que les empoisonnements au point de vue médical. Le professeur de chimie fait tous les ans une dizaine de leçons de *toxicologie* proprement dite.

Enfin, parfois, M. le Pr Demange peut utiliser quelques expertises médico-légales pour l'enseignement, mais pour beaucoup de raisons il est impossible de les faire habituellement devant les élèves; ceci présenterait de graves inconvénients. Au laboratoire, les élèves vont répéter les expériences et recherches usuelles.

Ainsi qu'on le voit, le cadre de l'enseignement est aussi complet que possible. Tous les élèves qui ont suivi régulièrement le cours et les travaux pratiques ont pu, dans le cours de leur scolarité, parcourir tout le cadre de la médecine légale et faire eux-mêmes ou assister aux différents types d'autopsie : pendus, noyés, asphyxiés, mort subite, etc. Avec notre système d'étude actuel les élèves sont déjà tellement surchargés de travaux de laboratoire qu'il paraît difficile de leur demander plus. *Pour faire de bons médecins légistes la première chose est de faire d'abord de bons cliniciens*, la médecine légale n'étant qu'une application de la clinique. Malheureusement, dans les études actuelles, le temps des élèves consacré aux travaux de chimie, bactériologie, physiologie, histologie, etc., est enlevé aux études cliniques.

Le *Musée*, installé par M. Demange, comprend déjà un nombre considérable de pièces utilisées pour les cours.

§ VII. Faculté de Médecine de Toulouse.

A cette Faculté, l'enseignement de la médecine légale est régulièrement donné, par des *leçons magistrales*, trois fois par semaine pendant tout le semestre d'été, du 1er mars au 31 juillet. Il est fait, en outre, par le professeur des *conférences cliniques pratiques*, toutes les fois que le hasard des accidents ou des crimes amène un sujet. Le tribunal s'y prête volontiers. Enfin les élèves sont exercés une fois par semaine à des *manipulations* au laboratoire.

M. le Dr Guilhem a traité, l'an dernier, les attentats aux mœurs et les perversions du sens génital. Cette année il compte traiter : Des actes de l'état civil (mariage, naissance, mort), de l'avortement, de l'infanticide. Le cours est complet en quatre années.

Tout cela est bien insuffisant, de l'avis même du professeur qui estime que l'enseignement, pour être efficace, et former des médecins légistes dignes du mandat qu'on leur confie, doit comprendre des travaux pratiques *réguliers* et *obligatoires*.

Pour améliorer cette situation, il est question de créer un *Institut médico-légal* ou une *Morgue* assez vaste où l'on centraliserait toutes les *autopsies*, toutes les *recherches médico-légales* demandées par le tribunal, les commissions, etc. A Toulouse, une foule de cas intéressants sont perdus pour l'enseignement, faute de Morgue, où le professeur puisse réunir les élèves.

Suivant M. Guilhem, il serait indispensable de *dédoubler le quatrième examen* et de consacrer la première ou la deuxième partie *tout entière* à un examen sérieux de médecine légale comprenant des *exercices pratiques*, la *rédaction d'un rapport*, etc. Nous ne croyons pas trop nous avancer en disant qu'il ne croit pas utile « la *création d'un diplôme de médecin légiste*. Ce serait onéreux pour les nouveaux docteurs, et le plus souvent pour une *rémunération dérisoire* » que, à son avis, ce serait essayer de créer une élite de médecins légistes; et le diplôme ne donnant pas toujours la rectitude du jugement, ils ne seraient que plus dangereux. Ce qu'il faut, c'est élever le *niveau général* puisque la loi exige que tout médecin réponde, dans tous les cas, *volens aut nolens*, à une réquisition de justice. La sélection des meilleurs se fera toute seule.

Nous essaierons prochainement de mettre en relief les points principaux signalés dans le cours des articles que nous avons publiés sur l'*Enseignement de la médecine légale* en France. En terminant la publication de ces documents d'un haut intérêt, nous croyons de notre devoir d'adresser nos plus vifs remerciements à nos correspondants. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 19 mars 1900.

M. A. Chauveau fait une communication sur les forces liées à l'état d'électricité parfaite que la contraction dynamique crée dans la substance musculaire, et sur le travai physiologique intime constitué par cette création.

Restauration des fonctions du cœur et du système nerveux central après l'anémie complète.

M. F. Battelli après avoir, chez des chiens, arrêté les battements cardiaques, soit par électrisation directe du cœur au moyen d'un courant induit, soit par suffocation consécutive à l'occlusion de la trachée, soit par chloroformisation, rappelait ces animaux à la vie, en pratiquant des compressions rythmiques des ventricules à travers une incision de la paroi thoracique et du péricarde. Ces compressions ont pour effet de vider le cœur ; pour le remplir, il suffit d'exercer des pressions sur l'abdomen. L'auteur a cherché à déterminer combien de temps après la mort apparente le rétablissement des fonctions du cœur et du système nerveux est encore possible. Il est arrivé aux résultats suivants : la compression rythmique des ventricules ramène les battements cardiaques après un arrêt de dix minutes dans les cas ordinaires et de vingt minutes quand la mort a été obtenue par électrisation du cœur, et qu'on a soin de faire suivre les compressions ventriculaires d'une décharge électrique. La même méthode a permis le rétablissement des fonctions cérébrales au bout de dix minutes en général, et même après un quart d'heure chez les animaux tués par l'électrisation cardiaque. Ces résultats montrent que conformément à l'opinion de Brown-Séquard, le tissu cérébral peut supporter une anémie complète et prolongée, et néanmoins recouvrer ensuite ses fonctions. La méthode de l'auteur permettant le retour à la vie après un délai plus long sur les autres procédés, pourra peut-être se montrer utile chez l'homme, en cas d'arrêt du cœur, causé par la chloroformisation; la suffocation, les accidents de l'industrie électrique, etc.

Des rapports de la fièvre typhoïde avec le système contenue dans les eaux contaminées.

M. H. Causse a constaté dans des recherches antérieures que la matière organique contenue dans les eaux typhogènes de certains puits de Lyon est de la cystine, probablement sous forme de cystinate de fer. Au moyen de chloromercurate de diazobenzène sulfonate de sodium, l'auteur a dosé systématiquement ce corps dans un certain nombre d'eaux. Il a pu constater ainsi que les variations de la teneur en cystine des eaux du Rhône correspondent assez exactement aux fluctuations du nombre des cas de fièvre typhoïde. Pour l'eau des puits contaminés, il a cru reconnaître un rapport entre la proportion de cystine et la gravité de la maladie. La teneur de l'eau en cystine est variable suivant les saisons; elle atteint son maximum en septembre et en octobre, diminue graduellement à partir de

ce mois pour présenter un minimum en février et en mars, et reprend ensuite sa marche ascendante.

Méthode pour l'examen et la mesure du goût.

MM. Toulouse et Vaschide communiquent une méthode de mesure de l'acuité gustative qui consiste à déposer sur la langue du sujet en expérience une goutte de poids constant d'une solution titrée de chlorure de sodium, de saccharose, de bibromhydrate de quinine ou d'acide citrique. Il faut avoir soin de commencer par des solutions suffisamment diluées pour qu'aucune sensation gustative ne soit perçue, et d'augmenter progressivement la concentration du liquide jusqu'à la limite de la perception. On doit, en outre, employer des solutions à la température de 38°, déposer la goutte sur la muqueuse sans vitesse appréciable, enfin laisser un intervalle de deux à cinq minutes entre deux effets successifs. Phisalix.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 24 mars 1900. — Présidence de M. Troisier.

Procédé de dosage de la trypsine.

M. Linossier expose un procédé de dosage de la trypsine pancréatique qui se rapproche du procédé de Nette pour le dosage de la pepsine. Dans des tubes de 1 à 2 millimètres de diamètre on aspire une solution de gélatine colorié par le violet de méthyle, puis on coupe ces tubes en fragments de 2 centimètres et on les porte dans le liquide à étudier. Au microscope, en mesurant la longueur de gélatine dissoute, on évalue le ferment du liquide la méthode est brève, facile et exacte et peut s'appliquer à tous les ferments capables de dissoudre la gélatine en milieu neutre ou alcalin, notamment aux gélatinoses microbiennes.

Influence de l'oxygène sous tension sur les cultures liquides du bacille de Koch.

M. F. Arloing a étudié l'influence de l'oxygène en tension d'une atmosphère et demie, à deux atmosphères et demie sur les cultures du bacille de Koch par le procédé d'Arloing et Courmont. Cette culture, capable au début d'infecter le lapin par la voie sanguine et de produire par la voie péritonéale, des tubercules épiploïques avait perdu complètement sa virulence après trois semaines de végétations sous l'oxygène comprimé; bien plus, ces pressions ont une action dysgénésique intense sur le bacille tuberculeux qui finit par cesser de se multiplier après un temps variable de ce traitement, temps toujours très court.

Synthèse des voyelles.

M. Marage dit que dans la formation des voyelles, il y a vibration de l'air dans le larynx et formation de cyclones dans les cavités supra-laryngiennes. La vibration seule est nécessaire, car les cyclones peuvent être supprimés sans rien changer ni à la voyelle, ni à son tracé. La synthèse de toutes les voyelles permet d'affirmer que le larynx suffit seul à les produire, les cavités supra-laryngiennes n'ayant d'autre effet que d'augmenter l'intensité.

MM. Bonnier et Weiss discutent longuement sur la formation des sons et la définition du timbre.

Rôle du travail physiologique sur la circulation lymphatique.

M. Moussu montre que le travail musculaire augmente la circulation lymphatique, la section du grand sympathique influe peu sur la sécrétion lymphatique.

M. Weiss montre que la température ne modifie pas la vitesse de la propagation de l'influx nerveux.

M. Retterer parle du développement des ganglions lymphatiques. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 27 mars 1900. — Présidence de M. Marey.

L'actinomycose.

MM. A. Poncet et L. Bérard rapportent 26 nouveaux cas d'actinomycose observés en France depuis 1898. Dans tous ces cas, le parasite de l'actinomycose fut constatée. La recherche est parfois assez difficile. Une remarquable observation de M. Nélaton est, à cet égard, très caractéristique. De septembre 1895 à juillet 1896, M. Nélaton surveille de près une malade, chez laquelle il a ouvert une collection lombaire, avec placard cutané violacé et induré, avec géodes multiples et foyers en taupinière. L'aspect si étrange des lésions lui fait affirmer cliniquement l'actinomycose, qu'à deux reprises il fait rechercher en vain par M. Gastou. Dans cet intervalle de dix mois, il est amené à débrider ou à cureter fréquemment les trajets anciens, sans arriver à contrôler son diagnostic par la constatation directe des grains jaunes. La malade rentre chez elle, améliorée, quoique conservant un trajet fistuleux lombaire. Elle reprend ses occupations, et en 1899 seulement, à la suite d'une poussée grave, avec apparition, dans un des seins, d'une tuméfaction, d'abord indurée, puis ramollie et fluctuante, le Dr Charmoy (de Courtenay, Loiret) constate, dans le pus de ce foyer, une quantité de grains jaunes d'actinomycose.

Les interventions chirurgicales allèrent du simple curetage, avec injections iodées ou phéniquées, jusqu'à l'ablation large des parties molles envahies, au grattage et à la résection des points osseux suspects. Les doses d'iodure de potassium administrées furent portées progressivement de 0,50 à 6, 8 et même 12 grammes par jour. Parmi les cas guéris, un seul fut soumis exclusivement au traitement interne ioduré (Pantaloni). Pour les sept autres, une large part fut faite au traitement chirurgical, et l'iodure fut administré pendant et longtemps après ce traitement. Il serait oiseux et superflu de discuter ici la valeur exacte de l'iodure, comme prétendu spécifique ou comme simple adjuvant. On doit toujours le prescrire, mais ne jamais se porter garant de son efficacité, car les résultats obtenus avec lui sont, nous venons de le constater encore une fois, des plus variables. Il en est de même de l'essence d'eucalyptus, qui a donné récemment (1899) un succès à Butler dans un cas d'actinomycose des voies respiratoires. La conclusion à retenir de ces nouvelles observations est la nécessité d'un diagnostic précoce, si l'on veut avoir quelque prise sur les lésions du champignon rayonné. Mieux vaut pécher par excès que par défaut de zèle dans la recherche de cette affection. Une collection péridentaire banale n'en guérira pas moins, si elle est soigneusement curetée, cautérisée et soumise à l'iodure, que si l'on se contente de l'inciser; et par contre, une actinomycose faciale méconnue, abandonnée à elle-même après une simple évacuation, toujours insuffisante, risquera, quand on la reconnaîtra enfin, d'être au-dessus des ressources thérapeutiques. Le grain jaune est sans doute le critérium du diagnostic, mais l'observation des symptômes cliniques doit précéder et déterminer sa recherche; car c'est elle, le plus souvent, qui a conduit à sa constatation, et c'est à elle que doit revenir la part prépondérante dans le diagnostic.

Déclaration obligatoire de la tuberculose, de la rougeole et de la broncho-pneumonie.

La communication faite par M. Grancher, dans la dernière séance, donne lieu à une intéressante discussion. M. Landouzy insiste sur le double avantage de la déclaration obligatoire pour la tuberculose, avantage direct par la désinfection, avantage indirect en éveillant l'attention des familles sur les précautions nécessaires. M. Vallin demande la déclaration obligatoire pour la rougeole même non compliquée de broncho-pneumonie. M. Lereboullet présente un certain nombre d'objections. Il insiste, en particulier, sur les difficultés que donne la déclaration dans

la pratique journalière. M. Grancher répond à ces diverses objections. Il montre que le public accepte beaucoup mieux qu'on ne le croit les mesures hygiéniques. On n'a pas à craindre ses résistances. L'Académie, d'ailleurs, doit uniquement consulter son devoir scientifique.

Protection des eaux d'alimentation.

M. Henriot, à propos du travail de M. Thoinot sur les sources de craie et la fièvre typhoïde, lit un rapport très important et très documenté. Il signale bien des imperfections hygiéniques dans la protection des sources, leur captation, leur adduction. Il termine par le vœu suivant : soumettre d'une façon expresse et permanente au contrôle des conseils d'hygiène départementaux le captage, l'amenée et la distribution des eaux d'alimentation. Ce vœu, soutenu également par M. Brouardel, est adopté à l'unanimité. M. Bouchardat signale les objections importantes que ce rapport soulève, relativement à l'épandage et au tout à l'égout.

La scoliose rachitique infantile.

M. A. Chipault démontre les excellents résultats obtenus par le redressement mou, du maintien par des corsets plâtrés modelés sur le thorax.

Manière d'obtenir du suc gastrique pur.

M. Laborde présente des estomacs de chiens qui ont été traités par M. Frémont. L'estomac est complètement isolé du tube digestif en abouché au moyen d'une fistule à la paroi abdominale. La sécrétion du suc gastrique a lieu par action réflexe et le suc gastrique obtenu ainsi est absolument pur.

Elections.

MM. Manson (Patrick) (de Liverpool) et Bergmann (de Berlin), sont élus comme associés étrangers.

A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 mars 1900. — Présidence de M. Troisier.

La phobie de la faim.

M. Mathieu signale plusieurs cas de phobie de la faim survenant chez des nerveux atteints d'autres stigmates de dégénérescence mentale (claustrophobie, arythmomanie, etc.). Cette faim phobique était telle que certains malades ne pouvaient s'endormir sans avoir à portée des aliments durant la nuit. Des indigestions, des troubles dyspeptiques ont résulté de cette phobie de la faim. M. Mathieu se demande si certains cas de polyurie essentielle ne résultent pas d'une phobie analogue de la soif.

Au sujet de la leucémie.

M. Hayem fait observer que dans les cas de leucémie, présentés dans la dernière séance, l'on n'a pas suffisamment précisé si l'on avait à faire à des leucocytes mononucléaires opaques ou transparents.

M. Labbé répond que dans l'observation qu'il a faite avec M. Hirtz, il a trouvé des leucocytes à protoplasma coloré ou leucocytes opaques de M. Hayem. M. Labbé a observé des transitions entre ces leucocytes et les mononucléaires non colorés.

M. Hayem affirme qu'il a toujours trouvé une différence très tranchée entre les mononucléaires et les lymphocytes, dont le protoplasma se colore avec avidité. M. Hayem fait remarquer que le cas de leucocythémie, publié par MM. Hirtz et Labbé, est le premier cas de leucocythémie à lymphocites. Il faudrait qu'il fût indiscutable.

Maladie mitrale et encéphalocèle congénitales.

M. Rendu et M. Poulain présentent un malade, entré dans leur service atteint d'une grippe légère, avec dyspnée interne; bien qu'ayant peu de râles, cette dyspnée était due à une maladie mitrale. Ce qui les a frappés chez ce malade, c'est une malformation en carène du crâne. Une fissure au niveau de la suture sagittale et de la suture (métopique?) existe, fermée par du tissu fibreux. On sent le cerveau faire saillie à travers cette suture et battre. Le malade est atteint d'une encéphalocèle congénitale. M. Rendu est aussi persuadé que la maladie mitrale est congénitale. Il signale, en outre, une malformation congénitale des clavicules.

La polyurie des artérioscléreux.

MM. Merklen et Martin donnent le résultat de leurs observations sur la polyurie des artérioscléreux qui persiste même dans l'insuffisance cardiaque. M. Merklen croit que la polyurie de l'artériosclérose, est la conséquence du régime lacté et parfois des excès alcooliques. Chez les vieillards scléreux, il y a plutôt oligurie. Cette polyurie est accompagnée d'une hypertrophie du cœur avec dilatation, que les Allemands appellent cœur de bière parce qu'il s'observe chez les grands buveurs de bière. La polyurie est souvent indépendante de l'hypertension. Les grands polyuriques pléthoriques ont de l'hypertension, en cas d'insuffisance cardiaque l'hypertension augmente, la polyurie diminue; elle augmente quand le régime lacté diminue l'hypertension. La perméabilité du rein n'entre pas non plus en cause dans la pathogénie de la polyurie. M. Merklen croit donc que la polyurie compensatrice des artérioscléreux tient au régime lacté qui s'impose au malade. Il fait une exception pour les polyuries pléthoriques. Le rein des artérioscléreux est atteint de sclérose diffuse des pyramides, il y a en outre de l'endartérite chronique et des lésions épithéliales des tubuli contorti (épithélium granuleux, parfois détruit). M. Merklen croit que l'imperméabilité des reins des artérioscléreux, tient à l'aschémie artérielle d'une part et à la dystrophie épithéliale. Le lait compense cette imperméabilité durant une assez longue période.

La pathogénie de l'éclampsie.

M. Bar a fait des expériences sur la perméabilité rénale dans l'éclampsie puerpérale. Le rôle pathogénique de l'éclampsie est généralement donné au rein, l'on a bien voulu faire jouer un rôle au foie mais le rôle du rein est resté le plus important. Il y a généralement oligurie dans l'éclampsie, cependant il y a des cas où l'urine est en quantité normale, parfois plus considérable que la normale. M. Bar ne donne pas de médicaments aux éclamptiques, il se contente de les mettre à la diète hydrique (150 ou 200 grammes d'eau d'Evian toutes les heures) et de pratiquer la saignée. Chez une malade à laquelle il détermina ainsi de la polyurie, la mort survint quand même. La polyurie donc peut coïncider avec l'éclampsie. L'oligurie peut apparaître au moment de la crise éclamptique, s'il y a déjà oligurie elle augmente dans l'heure qui suit l'accès. L'oligurie s'accentue durant l'accès. Après l'accès, l'oligurie parfois continue et la mort survient. Chez d'autres l'oligurie va en diminuant et disparaît même parfois très vite. Il y alors une sorte de crise urinaire. Ces différences tiennent, d'après M. Bar, au degré de la lésion rénale. On admet que l'urine est très pauvre en urée et en matières extractives. Cependant M. Bar, sur 54 cas d'éclampsie, a trouvé, dans 40 cas, une élimination d'urée supérieure à la normale. L'urine, au moment des accès d éclampsie, est plus toxique, bien que l'idée contraire ait été jusqu'alors admise. L'urobiline, l'indican, les pigments s'éliminent aussi abondamment au moment des crises éclamptiques et surtout après les crises. Les albumines très nombreuses qui se trouvent dans les urines sont aussi éliminées après l'accès. Les peptones, l'albumine acéto-soluble et la sérine peuvent exister avant l'accès mais, dès la première heure des accès, l'élimination de l'albumine est énorme. Elle disparaît aussi très rapidement. M. Bar conclut qu'au moment de l'accès, le sang se charge de substances toxiques et que le rein les élimine quelquefois en abondance. Ce n'est pas l'insuffisance rénale qui est cause de l'éclampsie. D'où viennent ces produits toxiques? Jungers et, en France, Pilliet ont découvert des lésions hémorragiques dans le foie des éclamptiques, mais ces lésions ne sont pas les seules altérations du foie; on y constate des lésions cellulaires nombreuses, les cellules altérées sont nombreuses et parfois complètement dégénérées. Dans les cas graves, on trouve le plus souvent des petites tâches brunâtres formées de cellules dont le protoplasma se colore

mal et le noyau rétracté fixe fortement l'éosine. Ces lésions diffuses paraissent récentes et simultanées. On peut en conclure que, sous l'influence d'une cause inconnue, le foie est brusquement altéré : le rôle du rein est donc ordinairement secondaire. J. N.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 25 mars 1900. — Présidence de M. Richelot.

Tumeur gazeuse du cou.

M. Guinard communique une observation de tumeur gazeuse du cou, chez une malade âgée de 32 ans; cette tumeur paraît avoir apparu il y a environ six mois, à la suite d'un effort de vomissement; à l'examen on constata une fluctuation très nette avec sonorité à la percussion; elle débordait en bas la clavicule, où elle était à peu près superficielle; la toux et les efforts n'amenaient aucune modification. L'ablation de la tumeur fut prise avec la plus grande facilité. L'examen fait par M. Gombault démontra sur la face interne de la poche, la présence d'un épithélium continu avec papilles vasculaires, par des cils vibratiles. Quant à la pathogénie, M. Guinard n'est pas absolument fixé, généralement l'effort n'agit que sur des voies vénériennes prédisposées par une disposition congénitale ou acquise ; or, dans le cas présent, rien de pareil n'a été constaté; peut-être s'agit-il d'un enkystement de gaz dans les téguments.

M. Quénu pense que l'enkystement de l'air sous la peau n'est point possible; en tout cas, enkystement veut dire formation d'une poche conjonctive d'enkystement et la production de ce fait n'a pas été démontrée.

M. Monod déclare que cet enkystement, dans ce cas du moins, ne peut être admis, puisqu'il y a eu constatation d'une poche munie d'un épithélium et de papilles; il s'agit probablement d'une tumeur congénitale qui s'est séparée secondairement de son point d'origine.

M. Berger est de l'avis de M. Monod, il ne croit pas non plus à l'enkystement de l'air sous la peau, l'air se résorbant facilement et rapidement; M. Berger a constaté une tumeur analogue à celle de M. Guinard, mais latéro-thyroïdienne et augmentant sous l'influence de l'effort; l'examen a montré que la tumeur était congénitale.

M. Broca pense que la présence ou l'absence de cils vibratiles n'a aucune valeur, l'épithélium peut venir de la trachée et être à plat; il pense que la tumeur est congénitale.

M. Reclus a constaté une tumeur analogue mais présentant ce fait intéressant, qu'elle a disparu spontanément.

M. Delbet, fait remarquer d'abord que la valeur de l'épithélium n'a aucune valeur, d'une part les cils sont souvent fort difficiles à trouver, d'autre part la tumeur a pu prendre naissance aux dépens d'un point de la trachée dépourvue des cils; il est impossible en tout cas qu'il s'agisse là d'un enkystement de l'air. Il faut distinguer, au point de vue pathogénique, deux formes de tumeurs gazeuses du cou : les unes sont enkystées et à parois épithéliales; elles sont d'ordre congénital, les autres sont dues à la rupture d'un point des voies aériennes supérieures à la suite d'une ulcération généralement tuberculeuse; le cas de M. Guinard semble rentrer dans la première catégorie.

M. Guinard tout en se ralliant à l'opinion de ses collègues, fait remarquer que s'il a éloigné l'idée de congénitalité aux dépens d'un déverticule de la trachée, c'est dû à la superficialité de la tumeur.

Lavage des anses intestinales par l'eau bouillante.

M. Moty présente une observation d'appendicite, opérée le quatrième jour et où la laparotomie fit constater la présence de pus entre les anses intestinales; M. Moty pratiqua l'ébouillantage des anses et constata que les anses revenaient rapidement à la coloration normale; un drain fut laissé en place et la guérison fut complète.

M. Reclus fait remarquer qu'il a appliqué un traitement analogue, il y a seize ans, à l'occasion d'une plaie pénétrante par coup de couteau et d'une hernie d'un anse intestinale de 70 centimètres; cette anse, atteinte de péritonite, fut lavée à l'eau chaude et les suites furent excellentes.

M. Quénu fait observer que la pratique qui consiste à laver les rues intestinales par l'eau bouillie est de date ancienne. M. Desprès avait l'habitude, dans les hernies étranglées, de laver aussi l'anse herniée et on pouvait toujours constater que, rapidement, ce contact de l'eau bouillie, faisait revenir la coloration normale de l'intestin. Schwartz.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 14 mars 1900.

Des toxines gastriques.

M. Albert Robin met en doute le rôle pathologique attribué par certains auteurs aux toxines gastriques, dont aucun fait ne permet d'admettre la réalité. L'existence de ces toxines est purement hypothétique et la théorie d'une contre-intoxication, d'origine gastrique, ne repose que sur des analogies et ne peut avoir de base à une indication thérapeutique sérieuse. Il faut en conclure que l'antisepsie médicamenteuse est illusoire; d'ailleurs les mécomptes donnés par cette méthode ne font que justifier cette conclusion.

Traitement électrique de la tuberculose articulaire.

M. Deschamps (de Rennes) rapporte plusieurs observations destinées à montrer que l'électricité n'est pas sans danger dans le traitement de la tuberculose articulaire; il a vu plusieurs fois des arthrites tuberculoses présenter des poussées aiguës sous l'influence de la galvanisation et de la faradisation. Ce traitement, si efficace dans les arthrites chroniques franchement rhumatismales, est donc dangereux en cas de tuberculose articulaire. Dr P. Rellay.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 24 mars 1900. — Présidence de M. Richelot.

La séance est ouverte à 4 h. 05. Le procès-verbal de la dernière réunion est lu et adopté.

Correspondance imprimée. — Revues et journaux habituels. — *La sclérodermie des contemporains*, par le Dr Albert Rogalski (de Constantinople). — Bulletin de la Société académique de Brest. — Comptes rendus du Congrès des Sociétés savantes de Paris et des départements.

Correspondance manuscrite. — Lettre du Dr Chervin, demandant l'honorariat. — Commission : MM. Leudet, Christian et Guépin, rapporteur.

M. Monel lit son rapport sur la candidature du Dr Fournier au titulariat.

Messieurs,

Au nom d'une commission composée de MM. Dubuc, Guépin et Monel, je viens vous faire connaître les titres et travaux scientifiques de M. le Dr Henri Fournier, candidat au titulariat.

Vous avez certainement encore présent à l'esprit l'intéressant travail qui a été lu à la dernière séance de notre Société. *Doit-on traiter les verrues* (1)? Telle est la question, bien mise au point et résolue de main de maître, qu'a étudiée devant nous M. H. Fournier dans son travail de candidature.

Après avoir bien limité son sujet aux verrues proprement dites, l'auteur nous a montré l'analogie certaine entre la verrue dite vulgaire, et la verrue plane juvénile, analogie telle qu'elle frise la confusion ; tant au point de vue clinique, anatomo-pathologique et surtout pratique, le plus intéressant de la question qui nous occupe, permet l'identification de ces deux variétés de verrucose cutanée. Suivent à l'appui de cette opinion, plusieurs observations de malades porteurs, non seulement de verrues de siège et variétés multiples, mais encore d'autres productions cutanées. Influence du terrain prédisposé et contagion, sans aucun doute.

La contagiosité des verrues, niée autrefois, est généralement admise aujourd'hui et repose sur de nombreux faits cliniques. Il en est de même de la parenté certaine entre les productions verruqueuses et les végétations; nous savons tous combien en effet il est fréquent de rencontrer l'une et l'autre de ces affections sur un même sujet. Je me permettrai d'ajouter que l'acné varioliforme de Bazin, le *molluscum contagiosum* peut rentrer

(1) Ce travail sera ultérieurement publié.

dans cette même famille; je l'ai souvent vu exister avec des végétations et des verrues, et il m'a paru même, dans quelques cas, bien résulter du cartage de végétations ou de verrues. Mais c'est encore un point très peu connu, sur lequel je ne veux pas insister, car la pathogénie avec l'agent microbien probable, nous échappe totalement. Enfin l'auteur nous montre les hésitations du praticien pour se tracer une ligne de conduite, certaines verrues, en effet, pouvant disparaître d'elles-mêmes, soit par suggestion soit par toute autre cause d'ordre nerveux. Mais, conclut-il avec raison, il faut soigner les verrues et les traiter sans tarder, car elles enlaidissent, peuvent devenir gênantes et douloureuses par leur propagation ; parce qu'elles peuvent être le siège d'infections et de dégénérescence quelquefois malignes, enfin et surtout parce qu'elles sont contagieuses.

Telles sont les grandes lignes, trop rapidement esquissées, de cet intéressant et consciencieux travail, où perce l'esprit méthodique et scientifique de notre confrère. Outre ce mémoire, nous relevons à l'actif du Dr Henri Fournier nombre de publications sur lesquelles je ne pourrai malheureusement pas insister comme je le désirerais, ne voulant pas abuser du temps de la Société.

Citons d'abord sa thèse inaugurale : *Etude sur les perforations de la cloison interventriculaire dans l'endocardite ulcéreuse*, où il nous relate et commente l'observation d'une endocardite d'origine gonoccique ayant déterminé la communication de deux cavités cardiaques à travers le septum perforé d'une végétation pédiculée. Dans un opuscule intitulé : *Des accidents déterminés par la perforation du lobule de l'oreille* paru en 1894, M. Fournier se plaint du danger de contamination qu'encourt le public de la part des bijoutiers auxquels est confiée habituellement la tâche du percement des oreilles. Les faits de contagion sont peut-être plus nombreux qu'on ne pense, et l'auteur a consigné deux observations authentiques de transmission de lupus tuberculeux par cette déplorable pratique, contre laquelle il appelle l'attention des pouvoirs publics, la simple persuasion ne servant pas à grand chose quand il s'agit d'imposer des mesures d'antisepsie ou simplement d'asepsie.

Enfin la dermatologie n'a pas de secret pour notre confrère, cette branche de la médecine l'a fortement intéressé et il s'y consacre aujourd'hui presque exclusivement. Il fut du reste à bonne école, ayant vécu dix ans sans interruption auprès de son maître Lailler qui tenait en particulière estime son ancien externe. Aussi fut-il chargé, lors de la publication du dictionnaire Dechambre, de la rédaction des articles *érythrasma intertrigo* et *xérodermie*. En 1891 parut *le zona des muqueuses* qui constitue le premier travail d'ensemble sur la question et la différenciation du zoster et des manifestations ordinaires de l'herpès. Les éruptions médicamenteuses et en particulier les éruptions antipyriniques ont fait l'objet de deux mémoires. Dans le premier, l'auteur conclut à la fréquence de ces éruptions, à la diversité de leurs manifestations, depuis le simple érythème jusqu'à la bulle, au peu de rapport qui existe entre leur intensité et la dose de médicament ingéré, à leur apparition soudaine au moment où le sujet se trouve (par petite ou grande dose) saturé, à l'influence de la prédisposition individuelle.

Dans le deuxième mémoire, paru six ans plus tard, il insiste sur quelques particularités des éruptions antipyriniques et, entre autres, sur ce fait de la récidive des éruptions au point où avaient eu lieu les premières, et de la pigmentation consécutive.

Une *Étude sur la tricophytie des ongles* nous montre une observation de tricophytie communiquée à toute une famille par une jeune domestique arrivée à l'âge de dix-sept ans où, généralement, la maladie a disparu d'elle-même, ou bien est insoupçonnée, se présentant, non plus en placards agminés, mais cantonnée çà et là dans quelques cheveux malades, isolés. C'est l'examen des ongles qui a permis de remonter à la source des accidents. Ces ongles étaient profondément altérés macroscopiquement, et le parasite y était facilement décelé au microscope. L'intérêt de cette observation réside, en outre, dans le fait que la malade a déclaré que tous ses frères et sœurs présentaient des lésions semblables des ongles, d'origine tout à fait insoupçonnée.

Dans un travail intitulé : *Il n'y a pas de chéloïde spontanée*, M. Fournier proteste contre l'abus du langage médical, qui consacre comme répondant à des réalités, des termes irrationnels. Toutes les chéloïdes trouvent leur raison d'être dans la plaie elle-même, car il y a toujours plaie ou effraction tégumentaire. Sous le nom de dermatothlasie, l'auteur nous fait étudier la manie qu'ont certaines personnes de se meurtrir, de se déchirer la peau, qui paraît être l'apanage des arthritiques névropathes ou des dégénérés, et doit être rapprochée de la trichotillomanie d'Hallopeau, ou de l'onychophagie. Il me faut encore ajouter à cette liste déjà longue, un volume fort intéressant et utile à consulter : *Hygiène de la peau et du cuir chevelu* qui contient une réunion de formules et de conseils pratiques, un exposé des règles d'hygiène les plus utiles à la santé du cuir chevelu, et un chapitre consacré aux teintures si employées de nos jours, et dont il nous arrive si souvent d'avoir à soigner les méfaits.

Il me reste encore à citer, de M. Fournier, trois opuscules : *Les scarifications ignées dans le traitement des pelades; les scarifications dans l'acné rosacée*, où l'auteur nous donne la description de trois scarificateurs ingénieux et pratiques, imaginées par lui, une notice sur le *traitement de l'urétrite blennorrhagique par le protargol* ; une communication avec Hallopeau à la Société de Dermatologie, en 1893, intitulée : *Sur trois cas de pemphigus foliacé étudiés dans leurs rapports avec la dermatite herpétiforme* ; enfin une publication bien connue et estimée de tous : le *Journal des maladies cutanées et syphilitiques* que M. Fournier a fondé et dirige si habilement, dont il s'est efforcé de faire une publication impartiale aussi complète que possible où tous ceux qui s'occupent de dermatologie peuvent puiser abondamment, certains qu'ils sont d'y être tenus au courant de tous les faits nouveaux et intéressants de la spécialité.

Tel est, messieurs, le bagage scientifique du Dr Henri Fournier ; vous voyez qu'il est considérable et nous montre bien le travailleur infatigable, l'esprit net et original, le savant consciencieux qu'est celui qui désire une place au milieu de nous. Sa haute compétence, jointe à sa parfaite affabilité, si appréciée de tous ceux qui le connaissent, vous décideront certainement à faire le meilleur accueil à cette candidature, et à voter à l'unanimité l'élection, comme membre titulaire, de M. Henri Fournier.

M. Millée lit son rapport sur la candidature du Dr Terrien au titulariat.

Messieurs,

A l'appui de sa candidature, M. Terrien nous a présenté une observation de *kératite parenchymateuse comme manifestation primitive du zona ophtalmique*. Permettez-moi de vous rappeler, en quelques mots, ce qu'il dit au sujet des manifestations oculaires du zona ophtalmique et sur le cas de manifestation primitive qu'il a observée.

Les déterminations oculaires du zona ophtalmique sont fréquentes, en particulier lorsque l'éruption envahit le territoire du nerf nasal en raison des connexions anatomiques de ce nerf avec le ganglion ophtalmique. Généralement limitées au segment antérieur de l'œil, elles consistent le plus souvent en une éruption de vésicules à la face antérieure de la cornée. Dans ces dernières années, le cadre symptomatologique s'est étendu et on a signalé des kératites interstitielles primitives, des paralysies isolées des muscles oculaires, des ophtalmoplégies et des névrites optiques capables de venir compliquer l'éruption cutanée. Mais toujours l'inflammation de l'œil ne survient que lorsque l'éruption est à son maximum d'intensité ou dans la période de son déclin. Par contre, une kératite parenchymateuse, apparaissant avant toute autre symptôme et précédant de plusieurs jours les manifestations cutanées du zona, mérite de retenir l'attention, et c'est là un fait qui, croyons-nous, n'a pas encore été publié. Dans un cas que nous avons observé, l'affection oculaire précéda de deux semaines l'éruption cutanée, de sorte qu'il ne fut pas possible, au début, de rattacher l'affection à sa véritable cause et d'établir le diagnostic. Suit l'observation dont vous avez entendu la lecture.

En résumé, ajoute-t-il, le point intéressant à retenir dans

cette observation est l'apparition d'une kératite parenchymateuse diffuse limitée à la partie supéro-externe de la cornée et précédant de deux semaines environ les manifestations cutanées du zona, ces dernières n'étant, pour ainsi dire, qu'un épiphénomène au cours de l'affection. On voit donc la sensibilité, pour le clinicien, d'observer des manifestations oculaires primitives (kératite parenchymateuse ou épisclérite) apparaissant comme premier symptôme du zona ophtalmique et précédant de plusieurs jours l'éruption cutanée. Ce point, croyons-nous, vaut la peine d'être retenu et méritait d'attirer l'attention de la Société; nous n'en avons trouvé aucun autre exemple dans la littérature; c'est alors que nous avons relaté l'observation. Je signale en passant que, dans cette observation, M. Terrien s'est montré aussi bon clinicien, qu'excellent observateur. Il n'a pas hésité, en effet, à porter le diagnostic de kératite parenchymateuse, en présence d'une forme « atypique » de cette affection, forme au sujet de laquelle j'ai vu commettre souvent des erreurs de diagnostic par des praticiens déjà expérimentés.

En ce qui concerne le fond de son observation, la kératite parenchymateuse, comme manifestation primitive du zona ophtalmique, je n'ose m'associer à ses conclusions. L'âge, sans doute, m'a rendu un peu plus sceptique, et sans croire cependant qu'il s'agit là d'une simple coïncidence, j'attendrai, pour conclure, que de nouvelles observations se soient produites. M. Terrien nous dit, d'ailleurs, que la littérature est muette sur cette question, et malgré ce grand nombre de malades que je vois presque chaque jour, depuis une dizaine d'années, je n'ai jamais remarqué un cas comparable à celui qu'il a observé. Bien que nous sachions que les manifestations cutanées du zona peuvent se produire tardivement, l'intervalle de deux semaines qui s'est écoulé entre l'apparition de la kératite parenchymatense et les manifestations oculaires du zona ophtalmique me force à une certaine réserve.

Quoi qu'il en soit de mon appréciation, le cas présenté par M. Terrien, excellemment décrit, mérite d'être pris en considération et de prendre date. M. Félix Terrien est lauréat de la Faculté de Médecine de Paris, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien chef du Laboratoire d'ophtalmologie de l'Hôtel-Dieu et actuellement chef de clinique ophtalmoscopique à la Faculté de Médecine de Paris. Il a publié de nombreux travaux dont je vous citerai les principaux :

Constance chez l'homme d'un vestige de l'artère hyaloïde dans les premiers mois de l'existence (*Archives d'Ophtalmologie*, novembre 1897). Quand et comment faut-il employer l'atropine en oculistique? (*Journal des Praticiens*, septembre 1897). Recherches sur la structure de la rétine ciliaire et l'origine des fibres de la zonule de Zinn. (Thèse de Paris 1898, *Archiv. d'Ophtalm.*, septembre 1898). Maux de tête d'origine oculaire; leur fréquence et leur cause. (*Journal des Praticiens*, novembre 1898). Mode d'insertion des fibres zonulaires sur le cristallin et rapport de ces fibres entre elles. (Bulletin de la Société anatomique, mars 1899; *Archiv. d'Ophtalm.*, avril 1899). Conduite à tenir en présence des corps étrangers intra-oculaires. (*Journal des Praticiens*, mars 1899). Thérapeutique oculaire (1 volume in-16, 1899, édité chez J.-B. Baillière et fils). Ophtalmie métastatique suivie de mort. Examen anatomique. (*Archiv. d'Ophtalmol.*, mars 1899). Conduite à tenir en présence des plaies du globe oculaire. (*Presse médicale*, juillet 1899). Sarcome de la choroïde compliqué de phtisie du globe oculaire. (*Archiv. d'Ophtalmol.*, août 1899). Comment faut-il traiter l'iritis. (*Journal des Praticiens*, novembre 1899). Action de la sclérotomie postérieure dans le glaucome. (*Archiv. d'Ophtalmol.*, décembre 1899). Dystrophie marginale symétrique des deux cornées avec astigmatisme régulier consécutif et guérison par la cautérisation ignée. (*Archives d'Ophtalmol.*, janvier 1900). Note sur un nouveau modèle d'ophtalmoscope (*Archiv. d'Ophtalmol.*, janvier 1900).

Ces titres et l'énumération de ces nombreuses publications me donnent la certitude que, comme moi, vous trouverez que notre honorable compagnie ne pouvait faire une meilleure, ni une plus utile acquisition, et que vous voterez, à l'unanimité, son admission comme membre titulaire.

(Les votes, sur ces deux candidatures, auront lieu dans la prochaine séance.)

M. le Dr H. Voisin, candidat au titulariat, lit un travail sur *la talalgie blennorrhagique*. — Commission : MM. Tissier, Guépin et Roubinovitch, rapporteur.

M. Glénard fait une communication sur l'**hépatisme**. (*Sera publié.*)

M. Beni-Barde. — Si j'avais à faire un choix entre les deux intéressantes communications présentées par notre honorable collègue, le Dr Glénard, à la Société de Médecine, je n'hésiterais pas à donner la préférence à la première qu'il a désignée sous le nom d'*alcoolisme insidieux*. La dernière, dans laquelle il a cherché à établir la prédominance de l'*hépatisme* sur l'*arthritisme* a plus d'envergure et plus d'ampleur ; mais, par l'allure radicale que notre éminent confrère lui a donnée, elle ne me paraît pas être encore en mesure de détruire les croyances médicales que professent quelques-uns d'entre nous. Pour la combattre avec efficacité, il me faudrait avoir, sous la main, des documents que je n'ai pas aujourd'hui. Qu'il me suffise de dire — et, tout à l'heure, j'expliquerai pourquoi — que la réforme défendue avec beaucoup de talent par M. Glénard, tout en rendant mon esprit hésitant, me laisse toujours partisan de l'arthritisme.

Dans sa première communication, M. Glénard cherche à établir que l'*alcoolisme insidieux*, quand il n'est pas dépisté à l'heure propice, et qu'il n'est pas arrêté dans sa marche aussi destructive que cachée, détermine une *affection hépatique*, par laquelle il commence à révéler ses effets ; et, il ajoute immédiatement que cette lésion du foie a pour conséquence d'amener des maladies de la nutrition, et notamment, le *diabète*. Ainsi donc, pour notre éminent confrère, l'*alcoolisme insidieux, l'hépatisme, le diabète* constituent les trois facteurs pathologiques et pathognomoniques de l'affection générale qu'il a prise pour base de sa démonstration. Cette triade symptomatique que j'appellerai, volontiers, la triade de Glénardienne, est très séduisante; mais elle me paraît incomplète. Voici, du reste, sur quelles bases j'établis mon appréciation.

L'alcool, comme presque tous les poisons, comme la plupart des impressions sensitives exagérées, physiques ou morales auxquelles nous sommes exposés, l'alcool, dis-je, exerce toujours sa première action nocive sur le système nerveux, ainsi que l'a démontré Claude Bernard. C'est à la suite de ces perturbations névropathiques que les appareils organiques et les principaux viscères sont frappés dans leur fonctionnement et dans leur tissu. En m'inspirant des célèbres expériences de notre grand physiologiste, je puis affirmer, sans courir le risque d'être contredit, que l'alcoolisme insidieux, avant de produire l'hépatisme, exerce son action néfaste sur le système nerveux. Si ce dernier résiste aux attaques incessantes dont il est l'objet, la désorganisation peut être arrêtée, et, tout rentre dans l'ordre. Si, au contraire, il succombe dans la lutte, les barrières de résistance sont brisées, l'alcoolisme pénètre dans l'organisme et le foie est atteint. Mais avant qu'il en soit ainsi, le système nerveux a donné des signes de détresse, manifestant par des perturbations non équivoques, que son fonctionnement et son équilibre sont profondément atteints. Ces perturbations qui peuvent servir de fil conducteur précieux quand on veut aller à la découverte du danger morbide, constituent un facteur pathologique de premier ordre que je place, dans la triade de M. Glénard, entre le facteur alcoolique et le facteur hépatique. Je continue mon argumentation en essayant de démontrer qu'entre le facteur hépatique et le facteur diabétique, il y a une place pour le facteur arthritique, qui est aussi important que les autres.

Bien que l'invasion du foie révèle sa vulnérabilité par des troubles que M. Glénard connaît sur le bout des doigts, et surtout du pouce, je n'ai pas le droit d'affirmer que le diabète va être la conséquence de sa maladie. Même en invoquant la statistique de mon distingué confrère il m'est interdit de faire une pareille déclaration. Pour qu'il en soit ainsi, il faut l'intervention du facteur arthritique dont je parlais tout à l'heure, et sans lequel l'inondation sucrée dans les urines est toujours incomplète ou transitoire. C'est ce facteur que M. Glénard attaque avec le plus de vigueur, qu'il traite très spirituellement

du reste de *ci-devant* et qu'il veut remplacer par l'hépatisme, auquel il accorde, avec une tendresse toute paternelle, le rôle le plus important dans la pathogénie des maladies de la nutrition.

Et bien, malgré les assauts qu'il est obligé de subir, l'arthritisme existe encore. Je sais qu'il n'est pas interprété de la même façon par les médecins qui s'occupent de lui, mais on ne peut nier l'importance de son rôle. Il tient sous sa dépendance des états morbides qui trahissent son influence. La goutte, la lithiase biliaire, la gravelle, l'obésité, quelques migraines des arthrites et des douleurs d'un autre ordre, le diabète, certains eczémas, un grand nombre d'affections viscérales ayant une allure particulière, etc., etc., constituent des manifestations pathologiques qui sont sous sa dépendance et qui paraissent groupées ensemble ou reliées entre elles par un lien univoque. Je crois, et sur ce terrain ma démonstration doit être un peu moins affirmative, je crois, dis-je, que l'arthritisme donne au sang, au système cellulaire, et au système nerveux un cachet spécial qui lui appartient. Je crois aussi à la prépondérance de son rôle dans les actes complexes de l'assimilation et de la désassimilation des matières nutritives. Mais je ne puis aller plus avant dans mes déclarations sans craindre de rencontrer sur mon chemin des hypothèses difficiles à bien établir. Toutefois, de nombreux faits, établissant son influence sur l'évolution des mutations nutritives, me permettent de dire, pour rentrer dans la communication de M. Glénard, que le foie ne peut produire le diabète que si l'arthritisme y consent. Voilà donc, pour moi, la raison qui me fait croire que le facteur arthritique doit jouer un rôle dans la trilogie de M. Glénard, trilogie qui serait, par l'adjonction du facteur névropathique et du facteur arthritique, un groupe pathologique complet.

Ce que je viens de dire en parlant de l'arthritisme, trahit mon impression sur la seconde communication de M. Glénard, dans laquelle il cherche à donner les raisons en vertu desquelles l'arthritisme doit être remplacé par l'hépatisme. Je n'ai pas besoin de donner de nouvelles explications qui ne parviendraient pas du reste à modifier l'opinion de mon honorable contradicteur. Je reste, jusqu'à nouvel ordre, un champion de l'arthritisme qui me paraît un guide sûr dans la thérapeutique des maladies chroniques, de cet arthritisme qu'on appelle, avec une certaine ironie, un Dieu inconnu parce qu'il est puissant et mystérieux.

J'assiste, avec le plus grand plaisir, à l'évolution de l'hépatisme que je sais être en très bonne main et admirablement défendue. Mais je ne puis cacher, au moins quant à présent, qu'il me semble moins grand que l'arthritisme et plus obscur que lui.

Le jour où M. Glénard révélera les principes inconnus que sa réforme médicale renferme, je ferai mon acte de foi. Je comparerai même mon savant confrère à l'apôtre Saint-Paul, venant dévoiler aux habitants d'Ephèse et de Corinthe, le Dieu inconnu qu'ils cherchaient depuis longtemps.

Jusque-là, je me contente de louer le talent de M. Glénard et je fais mes réserves sur sa doctrine, qu'il croit être la doctrine de l'avenir.

M. Dubuc. — L'exploration du foie, par le procédé de M. Glénard, ne me paraît pas à la portée de la plupart des médecins.

M. Glénard. — Il est moins difficile d'apprendre à faire une palpation minutieuse du foie qu'une consultation délicate du cœur ou du poumon; mais il faut au moins penser à examiner la région hépatique dans l'arthritisme.

M. Jullien croit que la théorie de M. Glénard supplantera celle de l'arthritisme, néanmoins il fait remarquer que, dans un grand nombre de cas de dyspepsies syphilitiques qu'il a observés, le foie était très rarement en cause.

M. Glénard répond qu'il se garde bien de prétendre que toutes les dyspepsies soient d'origine hépatique et relèvent d'une même diathèse.

M. Richelot connaît personnellement la grande expérience de M. Glénard en fait d'exploration du foie; il ne doute donc pas du résultat de ses examens, mais il pense qu'on ne doit pas en tirer des conclusions excessives : De ce que le foie est très souvent atteint chez les arthritiques, on ne peut pas induire qu'il est la cause de cette diathèse. L'utérus des femmes arthritiques est presque toujours atteint de congestion. Dira-t-on, aussi, qu'il est le point de départ de l'arthritisme? Le principe morbide, dont a parlé M. Glénard, paraît plutôt avoir son siège dans le système nerveux. Il ne paraît pas impossible de concilier la théorie chimique de Bouchard sur l'arthritisme avec la doctrine nerveuse ou dynamique de Lancereaux sur l'herpétisme : le poison (microbe ou autre) se localise d'abord dans le système nerveux qui produit ensuite le ralentissement de la nutrition et ses conséquences chimiques. Charcot a bien insisté sur les relations étroites qui existent entre l'arthritisme et la névropathie. M. Richelot a vu, chez Bazin, un eczéma absolument symétrique des deux côtés du corps. Il y avait donc un trouble trophique d'origine nerveuse dans cette affection éminemment arthritique; quant au résultat du traitement, il ne prouve rien en faveur de l'hépatisme : la cure améliore l'état des arthritiques, il est donc naturel que leur foie s'en trouve bien.

M. Glénard a demandé la parole pour répondre, dans la prochaine réunion, à l'argumentation de M. Richelot.

Vote sur l'élection de M. Glénard au titulariat : M. Glénard, ayant obtenu l'unanimité des voix des membres présents (17), est nommé membre titulaire.

La séance est levée à 6 h. 10.

Un des Secrétaires annuels,
Dr Dhomont.

BIBLIOGRAPHIE

Kystes chyleux de la paroi abdominale : par D.-J. Ortiz de la Torre. (*Revista de medicina y cir practicas*, n° 625.)

Ce mémoire contient l'histoire détaillée d'un cas vraiment extraordinaire par sa disposition et par son évolution. Un homme de 40 ans, robuste et de souche saine présente d'abord des douleurs rénales s'irradiant vers les cuisses et s'accompagnant bientôt d'ascite. Une seule paracenthèse donne plusieurs litres de liquide ascitique limpide sans aucun caractère spécial, et l'ascite se trouva guérie ainsi que l'œdème des jambes qui l'avait suivie. Seules les douleurs persistent quelque temps. Mais alors se montrent quatre tumeurs parfaitement symétriques, qui atteignent rapidement le volume d'une tête de fœtus. Elles sont égales, hémisphériques, fluctuantes, indolores. Deux d'entre elles occupent les régions susinguinales, et deux autres les deux côtés de la région lombaire. Elles sont réductibles par la pression et communiquent avec l'intérieur, celles de devant par la ligne de Spiegel, celles de derrière par le triangle de J.-L. Petit. Livrées à elles-mêmes, elles reprennent vite leur volume, restent mates à la percussion et ne contiennent, dans aucun cas, d'anses intestinales. Leur contenu réduit ne passe pas dans la cavité péritonéale qui est toujours libre et normale, mais les deux tumeurs du même côté communiquent entre elles, de telle sorte que la pression de la tumeur antérieure chasse son liquide dans la tumeur postérieure du même côté et réciproquement ; mais il n'y a aucune communication d'un côté à l'autre. Il ne s'agit ni de hernies, ni d'abcès par congestion. L'auteur s'explique le phénomène comme suit. Un kyste ou un epanchement intramésentérique a d'abord provoqué les douleurs, puis l'ascite et l'œdème par compression de la veine cave inférieure. L'ascite ajoutant à la pression abdominale a fait fuser l'épanchement kystique entre la paroi musculaire et le feuillet pariétal du péritoine. Ce liquide s'est fait jour par cette voie en disséquant le tissu souspéritonéal et a fait irruption sous la peau à travers les quatre points de moindre résistance qu'il a rencontrés, produisant ainsi les quatre tumeurs dont le sujet est porteur, sans que sa santé générale en soit altérée. Les parois mésentériques libérées se sont resoudées, tandis que le péritoine est resté décollé entre les deux tumeurs d'un même coté. Le liquide est présumé devoir être du chyle pur. Une ponction explorative, suivie d'examen méthodique au laboratoire, confirme ce diagnostic. Les tumeurs sont incisées, se vident et leurs parois internes ne tardent pas à se réunir d'elles-mêmes. La guérison est complète et se maintient sous production de hernies. La

discussion de ce cas et l'exposé bibliographique rigoureusement complet qui l'accompagne sont d'un grand intérêt. Un seul fait peut, dans la littérature, se rapprocher de celui-ci comme disposition, mais le kyste était unique et l'auteur, M. Rubio, avait méconnu la nature du liquide, qui, d'ailleurs, avait occupé la paroi sans fuser par aucun orifice. F. BOISSIER.

Un noyau de prune dans l'arbre bronchique; par A. ESQUERDO. *Revista de Medicina y cir. practicas*, n° 628).

Ce cas est intéressant pour deux raisons. La trachéotomie permit pas de saisir et d'extraire le corps étranger, et la radiographie n'en laissa voir aucune trace, si bien que l'entourage doutait de son existence. Les bords de l'incision trachéale furent alors saturés aux bords de l'incision entourée de façon à maintenir béant l'orifice opératoire, qui fut ainsi abandonné à lui-même, sans canule, pour faciliter la sortie spontanée du noyau. Celui-ci fut, en effet, expulsé par une quinte de toux quatre jours après l'intervention. Une expérience radiographique sur ce noyau à l'état libre, n'ayant donné aucune image, montre l'inutilité de ce procédé pour les corps étrangers de cette nature. F. B.

VARIA

Projet de réorganisation des hôpitaux.

Nous lisons dans le *Matin* du 28 mars :

Le préfet de la Seine, se conformant au vœu exprimé par le Conseil municipal en juillet dernier, vient de faire établir un mémoire relatif à la remise en état des services de l'Assistance publique. Le plan d'ensemble étudié par l'administration préfectorale comporte deux groupes de travaux d'égale urgence, mais qui ne sauraient être entrepris tous à la fois, sous peine de rendre trop insuffisants les services hospitaliers pendant leur transformation.

Le premier groupe comprend : la reconstruction sur place ou sur des terrains compris dans le même périmètre et adjacents aux hôpitaux actuels, des hôpitaux de la Pitié, Cochin, Ricord, Broca et Broussais; la construction à Ivry, en remplacement de l'hôpital d'Aubervilliers, d'un hôpital de contagieux; la construction d'une nouvelle buanderie et d'une nouvelle lingerie; de deux hôpitaux sur la rive droite; d'un hôpital sur la rive gauche; d'un groupe de pavillons à Brévannes; l'agrandissement de la maison de retraite de La Rochefoucauld; de grosses réparations dans divers établissements hospitaliers; la démolition de Laënnec, d'Andral, de Bichat, de l'annexe de l'Hôtel-Dieu; des achats de linge, etc., le tout s'élevant en dépenses a la somme de 73 millions.

Le second groupe, comportant une dépense de plus de onze millions, qu'on espère recouvrer par la vente des terrains disponibles, comprend : la construction d'un quatrième hôpital et d'un établissement réservé aux tuberculeux osseux; la reconstruction des Enfants-Malades; la suppression de la maison municipale de santé (hospice Dubois); la démolition de la Charité et de Beaujon; enfin, la constitution d'un fonds spécial pour les mesures contre la tuberculose.

Pour faire face à la dépense de 73 millions nécessitée par les opérations du premier groupe, l'administration propose d'émettre un nouvel emprunt de pareille somme, remboursable en 75 ans. Pour gager le service des intérêts et l'amortissement, il serait établi une imposition supplémentaire de 2 centimes 1/2 de 1901 à 1907 et de 4 centimes 1/2 de 1907 à la fin de l'emprunt, soit 1976. Ces centimes additionnels porteraient la dénomination de « centimes d'assistance ».

L'hérédité des songes.

Il est assez connu que les vivants, quand ils croient s'exprimer, prêtent leur voix aux pensées et aux sentiments des lointains ancêtres qui survivent en eux. On sait aussi que la toux d'un contemporain dénonce seulement la phtisie de quelque aïeul. Un physiologiste italien, M. Gianelli, vient de démontrer, le premier, que nos rêves même nous viennent par héritage. Il a observé, par exemple, un enfant de 16 ans, qui, après une fièvre typhoïde, voyait en songe une grande figure noire, laquelle s'avançait au pied de son lit et le fixait de ses yeux étincelants. Or, le père de cet enfant avait déjà été obsédé par le même rêve, après une grande peur qu'il avait eue. Autre cas : un employé, âgé de 27 ans, raconte que, dans son enfance, il avait, en dormant, la vision d'un chat noir aux yeux flamboyants. Ce rêve était un legs de son père, chez qui il était sans doute produit par un afflux sanguin, et qui mourut, en effet, d'une congestion cérébrale à 48 ans. Dans un autre cas, le père, après une chute sur la tête, a des cauchemars qu'il transmet à son fils. Cette transmission se fait principalement à la faveur d'un état de fièvre ou d'épuisement. Quoi qu'il en soit, il nous faut renoncer à la propriété de nos cauchemars : ce sont « les morts qui rêvent » quand nous croyons rêver. Si Athalie avait su! Telle est la science. Elle nous enlève jusqu'au frêle empire des illusions de l'ombre, et elle donne aux jeux les plus fuyants de leurs apparences une vie indépendante et une durée éternelle. (*Débats.*)

Les épidémies.

La peste en Océanie.

La peste bubonique continue ses ravages en Australie. Les dernières dépêches signalaient de nouveaux cas à Sydney et à Adélaïde.

D'autre part les *Débats* ont donné d'intéressants renseignements sur l'épidémie de peste en Nouvelle Calédonie.

« L'épidémie était mieux qu'en décroissance, au départ du dernier courrier; elle avait presque entièrement disparu, sans avoir fait de victimes autrement que dans la population de couleur; mais les colons en ont été très vivement affectés. Un incident, surtout, a fort contribué à mettre chacun en émoi, grâce à l'incroyable incurie de l'administration métropolitaine des colonies. Dès la première nouvelle du danger, le gouverneur, M. Fichet, avait câblé à Paris pour obtenir des tubes de vaccin Yersin. Le département répondit qu'il enverrait par le prochain courrier quatre cents tubes. On les attendit avec une impatience bien facile à comprendre Quand arriva le *Polynésien*, son chargement ne comprenait pas le précieux vaccin! Renseignements pris, il avait été laissé à Marseille. On dit qu'à Paris les tubes avaient été mis, comme colis postaux, à destination de Marseille, à la dernière limite d'heure d'envoi. Le colis n'était pas recommandé. L'employé chargé de son expédition n'y avait pas songé ou n'avait pas eu le temps de procéder à cette opération. A Marseille, comme rien n'attirait spécialement l'attention sur cet envoi, qui arrivait, du reste, en retard, on l'avait réservé pour le courrier suivant. Et c'est ainsi qu'à Nouméa les colons ont passé un mois et demi de plus dans l'anxiété .. »

La méningite cérébro-spinale à Arras.

Une épidémie de méningite cérébro-spinale ayant éclaté dans la garnison d'Arras, le Ministre de la Guerre délégua aussitôt pour faire une enquête à ce sujet, M. Dujardin-Baumetz, médecin-inspecteur général. Ce dernier vient de télégraphier le résultat de ses investigations que l'*Agence Havas* a communiqué à la presse; il semble en résulter que les cas de méningite signalés n'étaient que des complications de la grippe qui devient de moins en moins grave et de moins en moins fréquente dans la garnison d'Arras.

Au 3e régiment de génie, où l'épidémie est terminée depuis une quinzaine de jours, l'état sanitaire est très satisfaisant. Au 33e d'infanterie, l'amélioration de la situation générale est manifeste. Aucun malade sérieux n'est entré dans les infirmeries depuis le 23 mars; aucun réserviste n'a été atteint. M. l'inspecteur général Dujardin-Beaumetz tient spécialement à reconnaître la façon irréprochable dont toutes les précautions hygiéniques qui s'imposent en pareil cas ont été opportunément ordonnées et rigoureusement observées. Conformément à ses propositions, le Ministre de la Guerre a prescrit l'allocation extraordinaire aux troupes de la garnison d'un supplément de ration de chauffage et de viande fraiche et l'allocation d'une ration journalière de thé.

JURISPRUDENCE MÉDICALE.

Fixation, à Paris, du tarif des honoraires médicaux dans les accidents du travail.

Le juge de paix du XI[e] arrondissement vient de rendre un jugement, où il fixe les honoraires médicaux, à la suite d'un accident du travail. La loi exige le tarif de l'assistance médicale gratuite, le juge de paix, avec équité, constatant qu'à Paris ce genre de tarification n'existe pas, applique le tarif ordinaire des ouvriers. Nous nous contenterons de citer quelques considérants de ce jugement qui intéresse tous les médecins praticiens.

Attendu que la Société médicale du XI[e] arrondissement de Paris, en arrêtant le tarif minimum des honoraires dus aux médecins a, suivant la règle précitée, divisé les malades en deux catégories : la première comprenant les patrons, propriétaires, rentiers, industriels, négociants, commerçants, en un mot toute personne ayant des gens à gage; la deuxième comprenant les ouvriers, les petits employés, domestiques, et en général toute personne peu aisée;

Attendu que le tarif dont il s'agit pour la deuxième catégorie ci-dessus spécifiée fixe à trois francs le prix de la visite simple et à cinq francs la rémunération exigible pour celle qui comporte des opérations de petite chirurgie tels que les applications de ventouse...

Et comme le patron, responsable de l'ouvrier blessé, invoquait les tarifs de l'assistance appliqués dans d'autres départements :

Mais attendu, qu'à notre sens, les départements visés par le défenseur du sieur X..., n'étant pas placés dans des conditions comparables à celles du département de la Seine et surtout de la Ville de Paris, il nous paraît éminemment préférable de *faire application, au cas particulier, du tarif minimum adopté par la Société médicale du XI[e] arrondissement, en ce qui concerne les personnes peu aisées de cette circonscription*;

Attendu que le tarif en question, eu égard à la modicité évidente des prix qui y sont indiqués, répond, à n'en pas douter, aux intentions du législateur de 1898 qui, tout en laissant au blessé la faculté de faire appeler le médecin en qui il aurait confiance, a néanmoins voulu prendre des mesures pour prévenir les abus auxquels cette liberté aurait pu donner naissance et qui étaient vraiment à craindre;...

Par ces motifs, statuant par jugement contradictoire en premier ressort, *condamnons* le sieur X... à payer au docteur, etc.

J. N.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

(Voir page VI des annonces.)

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

(Voir page VII des annonces.)

Enseignement médical libre.

Maladies des yeux. — La clinique du D[r] KŒNIG est transférée à partir du 26 février, **5, rue du Cherche-Midi**. Consultations gratuites tous les jours de 1 à 3 heures. Examen des malades à l'ophtalmoscope. La clinique est ouverte à tous les docteurs et étudiants en médecine.

Maladies des oreilles, du nez, de la gorge et du larynx. — La clinique du D[r] C. MIOT est transférée, rue Dauphine, 16. Consultations gratuites le mardi de midi à 2 heures; particulières, le lundi soir de 9 h. à 10 h., le jeudi, de midi à 2 heures

FORMULES

XVII. — Contre la coqueluche

Inhalations d'eau oxygénée vraie (péroxyde d'hydrogène).

Prendre de X à LXX gouttes, selon l'âge, et en quatre ou huit fois le mélange suivant :

Teinture de drosera.	2 grammes.
— de belladone.	3 —
— de racines d'aconit.	4 —

(Baroux).

Bromure de potassium.	10 grammes.
Codéine	0 gr. 10 centigr
Teinture de jusquiame.	10 grammes.
Benzoate de soude.	4 —
Sirop d'althœa.	200 —

Selon l'age, donner une demi-cuillerée à café à une cuillerée à soupe, de trois à six fois par jour. (Vindervogel)

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 18 mars au samedi 24 mars 1900, les naissances ont été au nombre de 1173 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 409, illégitimes, 160. Total, 569. — *Sexe féminin* : légitimes, 413, illégitimes, 191. Total, 604.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1896 : 2 511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 18 mars au samedi 24 mars 1900, les décès ont été au nombre de 1060, savoir : 571 hommes et 489 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 11, F. 8. T. 19. — Typhus : M 0, F 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 2, T. 2. — Rougeole: M 19, F. 16, T. 35. — Scarlatine : M. 1, F. 0, T. 1. — Coqueluche : M. 2, F. 1, T. 3. — Diphtérie. Croup : M. 2, F. 1, T. 3. — Grippe : M. 19, F. 16, T. 35. — Phtisie pulmonaire : M. 125, F. 75, T. 200. — Méningite tuberculeuse : M. 14, F. 10, T. 24. — Autres tuberculoses : M. 17, F. 7, T. 24. — Tumeurs cancéreuses : M. 17, F. 32, T. 49. — Tumeurs autres : M. 1, F. 5, T. 6. — Méningite simple : M. 17, F. 10, T. 27. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 25, F. 23, T. 48. — Paralysie, M. 6. F. 7, T. 13. — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 6, T. 9. — Maladies organiques du cœur : M. 34, F. 44, T. 78. — Bronchite aiguë : M. 3, F. 7, T. 10. — Bronchite chronique : M. 19, F. 18, T. 37. — Broncho-pneumonie : M. 37, F. 20, T. 57. — Pneumonie : M. 26, F. 23, T. 49. — Autres affections de l'appareil respiratoire: M. 33, F. 32, T. 65. — Gastro-entérite, biberon : M. 8, F. 7, T. 15. — Gastro-entérite, sein : M. 0, F. 3, T. 3. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 1, F. 1, T. 2. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 4, F. 1, T. 5. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2, T 2. — Débilité congénitale : M. 15, F. 9, T. 24. — Sénilité : M. 10, F. 14, T. 24. — Suicides : M. 8, F. 6, T. 14. — Autres morts violentes : M. 7, F. 4, T. 11. — Autres causes de mort: M. 79, F. 75, T. 154. — Causes restées inconnues : M. 8, F. 2, T. 10.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 76, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 26, illégitimes, 16. Total : 42. — *Sexe féminin* : légitimes, 22, illégitimes, 12. Total : 34.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Cours de pathologie générale. — Exercices pratiques complémentaires* sous la direction de M. le P[r] BOUCHARD. — Des exercices pratiques seront faits tous les samedis, à 4 heures, au laboratoire de pathologie générale Les démonstrations auront pour objet les méthodes nouvelles d'exploration ; Procédés de détermination des diverses toxicités et de la toxicité urinaire en particulier. Opérations chimiques : dosages de l'urée, de l'azote total, du carbone urinaire, du sucre, des albumines, des phosphates, etc. Cryoscopie des urines. Radioscopie et radiographie. Déterminations anthropométriques, etc.

COLLÈGE DE FRANCE. — M. le D[r] J. JOLLY commencera le jeudi 26 avril 1900, au laboratoire d'histologie du Collège de France, une série de conférences pratiques sur l'histologie normale et pathologique du sang, les méthodes d'examen et les maladies du sang, avec applications au diagnostic clinique et à la médecine légale. Ces conférences auront lieu trois fois par semaine, à 2 heures, et dureront un mois. — On peut s'inscrire tous les jours, l'après-midi, au laboratoire d'histologie du Collège de France (annexe), rue des Ecoles.

ECOLE DE MÉDECINE DE REIMS. — M. le D[r] Adrien POZZI, professeur de pathologie externe est nommé professeur de clinique chirurgicale.

HONORAIRES DU SERVICE MÉDICAL DE NUIT A PARIS. — Le Préfet de Police vient de rapporter l'arrêté du 10 février 1897 en ce qui concerne le paiement des honoraires des médecins du service médical de nuit. A partir du 15 avril prochain, les honoraires seront payés, chaque trimestre, non plus à la caisse de la Préfecture de police, mais à la caisse municipale de l'Hôtel de Ville, au moyen de mandats établis par la division de la comptabilité. Les mandats de paiement seront adressés par MM. les officiers de paix aux médecins de leur arrondissement, qui en donneront reçu sur un talon du mandat. Quant aux bons d'honoraires pour accouchements, ils restent, comme par le passé, payables à la caisse de la Préfecture de police. Cette anomalie tient à ce fait que la Préfecture de police ne possède pas de fonds suffisants pour subvenir à l'avance des frais occasionnés par le service médical de nuit. Jusqu'ici, au moyen de virements, elle a pu assurer le paiement des visites qui s'élève à trente-cinq mille francs environ par trimestre; mais dorénavant elle ne paiera que les bons pour accouchements. (*Bul. du Synd. des méd de la Seine.*)

Hôpital Rothschild. — M. le Dr Reblaud est nommé chirurgien suppléant de l'hôpital Rothschild. M. le Dr Diamantberger a été nommé médecin suppléant du même hôpital.

Service de santé militaire. — *Armée territoriale.* — Ont été nommée au grade de médecin aide-major de 1re classe : MM. Amanieux, Amiel, Angerant, Année, Appert, Archambaud, C.-J.-G.Aubert, L.-P.-D. Aubert, Aussenac, de Barrau de Muratel, Barrié, Béchet, Benoit-Jeannin, Berger, Berty, Bidault, Billaux, Bitot, Blache, Boix, Bonnaire, de Bonnière de la Luzellerie, Bossis, Bourbon, Bourdon, Bourgois, Boury, Boyer, Brégeat, Briquet, Brulant, Cadillhac, Camescasse, Capony, Caron, Cassariny, Cassine, Cator, Ceccaldi, Chalus, Chamgarnier, Chanson, Chapotot, Chassevant, Chatin, Chaumont, Chibrac, Clarou, Clement, Codet, Compagnion, Corriez, Courmont, Croizat, Cuilleret, Dagonet, Dailliez, Daraignez, Dardel, Darras, Dauphant, Decès, Delangle, Delteil, Denarié, Descays,, Doit, C.-A. Dubois, C.-J.-M.-A. Dubois, Dubreil, Dufour, C.-E. Durand, D.-L.-L. Durand, Dutard, Duval, Escat, Fabre, de Fleury, Forest-Defaye, Fourrier, Frémond, Frenkel, Galliot, Gauch, Genouville, Gilles, Godot, Goizet, Grousset, Guinon, Héan, Hervéou, Hillemand, Huber, Jacques, Joullié, Julia, Lacaille, Laffage, Lafourcade, Lallier, Lancelin, Lancial, Lartet, Lasserre, Lavergne, Le Bayon, Lebon, Lecompte, J.-C. Lefranc, M.-C.-H.-F. Lefranc, Legrand, Legros, Legueu, Lemelletier, Leriche, Lermoyez, Levrat, Macon, Malpas, Manson, Marie, Marieux, Marquet-Deschiens, Martha, Mauclaire, Maupate, Mesnard, Michon, Mollard, Momont, Mondan, Mongin, de Montgolfier, Morel, Nicolle, Pallier, Pangon, Pantaloni, Pau, Payrau, Perchet, Peretti, Perrenot, Pezel, Piole, Porte, Potocki, Prevot, Pruvost, Puig, Quignard, Rebière, Reblaud, Renault, Repelin, Richard, Rigault, Roché, Rochon-Duvigneaud, Rossigneux, Rossignol, Royet, Saint-Hilaire, Sallé, Sandras, Sereins, Sergeut, Souplet, Teissier, Trouillet, Vergez-Honta, Vigne, Vilcoq et Vincent.

Service de santé des colonies. — Ont été nommés à l'emploi de médecin stagiaire : MM. les médecins auxiliaires de 2e classe de la marine Ayraud, Bourges, Caboureau, Chanaud, Gallet de Santerre, Lonjarret, Lorans, Lucas, Rousseau et Sibiril'

Service de santé de la marine. — Ont été nommés : Au grade de médecin en chef de 2e classe : M. Guérin, médecin principal. — Au grade de médecin principal : MM. Augier et Camail, médecins de 1re classe. — Au grade de médecin de 1re classe : MM. Vassal, Martinet, Séguin, Foutroin, Garde, Ortholan, médecins de 2e classe. — Ont été nommés à l'emploi de médecins stagiaires des colonies : MM. Rousseau, Lorans, Ayraud, Caboureau, Lonjarret, Sibiril et Lucas.

Les chirurgiens de la reine d'Angleterre. — A la suite de la mort de sir J. Paget, lord Lister, chirurgien extraordinaire de la Reine Victoria, est nommé chirurgien ordinaire, le Pr Trêves prend la place de lord Lister comme chirurgien extraordinaire,

Les Chirurgiens anglais au Transvaal. — Les Mac-Cormac, Meckins et Trèves, les trois éminents chirurgiens anglais qui sont actuellement dans le Sud-Africain, ont contracté un engagement d'un an et reçoivent chacun une indemnité de 5.000 livres sterling.

Un legs de 5 millions. — Le *Temps* du 23 février nous apprend que la ville de Paris vient d'être autorisée à accepter le legs de 5 millions de francs que lui fait Mlle Marie Anne-Geneviève Taniès, héritière elle-même du Dr Dubreuil. Cette libéralité devra être employée à trois fondations. La première est un orphelinat Dubreuil auquel sera affectée la maison d'Orsay, 300,000 francs. Dans cet orphelinat seront entretenues et élevées, au nombre de six au moins, des jeunes filles orphelines nées sur le huitième arrondissement de Paris et choisies parmi les plus pauvres. La seconde est une école de dessin architectural à créer sur le huitième arrondissement, au moyen d'une somme de 150,000 francs, école qui devra également porter le nom de M. Ducreuil. Enfin, le reliquat des sommes affectées à ces deux fondations servira à la création ou au développement de grandes œuvres publiques ou privées que devra désigner le Conseil municipal.

L'Esprit du voisin. — Maman donne une pastille de réglisse à sa fillette qui est enrhumée. « Eh bien! et moi? dit son petit frère. — Est-ce que tu tousses, toi? — Je tousse presque. »

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Beauregard, professeur à l'école supérieure de pharmacie de Paris. — M. le Dr Larchillière (de Roubaix). — M. le Dr Deneuville (d'Avesne). — M. le Dr Samalens (d'Auch) — M. le Pr Murillo, doyen de la Faculté de Médecine de Santiago (Chili). — M. le Dr Aub, président du Deutscher Aerztevereinsbund. — M. le Dr Rousseaux (de Vouziers).

Chronique des Hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière. — *Cours de clinique des maladies du système nerveux.* — M. le Pr Raymond : vendredis et mardis, à 10 heures.

Clinique Tarnier. — *Clinique d'accouchement et de gynécologie.* — M. le Pr Budin : mardi et samedi, à 9 heures. — *Ordre du cours* : mardi et samedi, leçons à l'Amphithéâtre; visite des malades tous les matins, à 9 heures. — Dirigeront les exercices pratiques : M. le Dr Schwaab, chef de clinique; MM. les Drs Dubrisay et Chavanne, anciens chefs de clinique; MM. Galippe, Nicloux, Macé et Bouchacourt, attachés aux laboratoires; MM. les Drs Perret, Planchon, Thoyer-Rozat, Chéron et Glaize, moniteurs.

Hopital Saint-Antoine. — *Clinique des affections du système nerveux.* — M. Gilbert Ballet, leçons cliniques sur les affections du système nerveux et la pathologie mentale, (Amphithéâtre de la clinique de la Faculté), le dimanche, à 10 heures.

Hospice de Bicêtre. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. Bourneville, samedi à 9 h. 1/2. Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée); présentation de cas cliniques, etc. — *Service de* M. le Dr P. Marie. Le service de l'infirmerie de Bicêtre comprend un grand nombre de malades atteints d'affections chroniques et particulièrement d'affections du système nerveux. Ce service est ouvert aux étudiants et le samedi a lieu, à 9 h. 1/2, une visite générale au cours de laquelle le Dr Pierre Marie présente les malades les plus intéressants.

Hotel-Dieu. — Le Dr Lucas-Championnière : leçons de clinique chirurgicale à dix heures, tous les jeudis. Opérations avant la leçon. Opérations abdominales le mardi. Le mercredi et le samedi visite dans les salles.

Hotel-Dieu. — *Cours pratique d'appareils.* — M. le Dr Marion, chef de clinique chirurgicale à l'Hotel-Dieu commencera incessamment son cours pratique d'appareils. Ce cours comprendra une dizaine de leçons, les élèves y seront exercés à l'application des pansements et appareils de pratique courante. Le prix d'inscription est de 20 francs S'adresser à M. Marion à l'Hôtel-Dieu.

Hopital de la Charité. — *Service d'accouchements,* M. le Dr Maygrier, chef de service. — Enseignement des stagiaires. Visite tous les matins à 9 heures. Consultation des femmes enceintes tous les jours. Consultation des nouveau-nés le mardi. Lundi, mercredi, vendredi, lecture des observations et interrogatoire des élèves. Jeudi, leçon clinique à l'amphithéâtre. Le samedi, à 11 heures, conférence de M. le Dr Blondel chef du laboratoire. M. le Dr Maygrier a commencé ces leçons cliniques le jeudi 7 décembre 1899, à 10 heures et demie, à l'amphithéâtre Velpeau, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Paris. — Imp. Goupy, G. Maurin, Succr, rue de Rennes, 71.

XXIV[illegible] ANNÉE. 3e SÉRIE. T. [illegible]. N° 14. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 7 AVRIL 1900.

Le Progrès Médical

DERMATOLOGIE

Doit-on traiter les verrues?

Par le Dr **Henri FOURNIER** (1).

Les néoplasies épithéliales de la peau sont rarement de nature maligne, et les épithéliomes, leucokératoses, et xérodermas mis à part, les autres néoformations cutanées semblent pouvoir être à peu peu près négligées en raison de leur bénignité ordinaire et du peu d'intérêt qu'elles paraissent présenter de prime abord. Il n'en est cependant rien, et les productions épidermiques; les moins offensives méritent aussi de retenir l'attention, à cause des bizarreries d'évolution de quelques-unes d'entre elles, et de l'embarras dans lequel elles peuvent ainsi plonger le praticien, au point de vue de l'intervention thérapeutique. Je désire me borner, dans cette communication, à un point limité de l'histoire des verrues, et, laissant de côté les durillons, les végétations papillaires, le molluscum, etc., n'envisager que la verrue vulgaire et la verrue plane juvénile auxquelles seule s'applique *pratiquement* la question sus énoncée : *doit-on traiter les verrues?*

Mais auparavant, je dois faire remarquer que, si les cliniciens, et même les anatomo-pathologistes, ont cru pouvoir distinguer l'une de l'autre ces deux expressions de la verrucose cutanée, il faut bien reconnaître qu'en dehors de quelques cas, très tranchés au point de vue des caractères objectifs, on voit souvent chez les malades les deux lésions cote à côte, l'une portant l'autre, si on peut ainsi dire, et toutes deux émanant vraisemblablement de la même origine, à savoir un produit d'inoculation s'implantant à la faveur d'une prédisposition individuelle et déterminant des altérations qui, au fond, ne diffèrent guère. La différenciation est plus apparente que réelle entre les deux ordres de verrues et les descriptions des dermatologistes ont plutôt contribué à embrouiller la question qu'à l'éclaircir. Que lisons-nous en effet, dans nos classiques? Nous voyons que la verrue dite plane juvénile est ainsi dénommée, parce qu'elle frappe les [illegible] jeunes le plus souvent de huit à quinze ans, mais que cependant elle peut persister jusque dans l'âge adulte ou même dans l'âge mûr. Nous lisons, d'autre part, que la verrue vulgaire est « d'habitude » une maladie des enfants et des jeunes gens, et que ce n'est guère que chez eux qu'on en voit des éruptions abondantes et généralisées.

On nous dit que la dissémination des verrues planes juvéniles se fait par auto-inoculation, et on en donne pour preuve qu'on rencontre celles-ci, le plus souvent, en traînées le long de lignes de grattage, ou qu'elles dérivent d'une ancienne verrue *plane primitive* (verrue mère), mais on nous assure d'autre part que les verrues vulgaires, après avoir débuté ordinairement (pas toujours) par une lésion solitaire (toujours la verrue mère), peuvent être et sont souvent suivies d'une généralisation plus ou moins grande.

On nous enseigne que les verrues vulgaires n'affectent que les régions accessibles aux mains, et aussi que les verrues planes juvéniles occupent le plus habituellement le cuir chevelu, le derrière des oreilles, les avant-bras, les jambes, le scrotum, toutes régions qui, à ce que je sache, ne sont nullement hors de la portée du contact de la main. On nous dit encore que la verrue plane se différencie de la verrue vulgaire par le peu d'épaisseur de la néoplasie ainsi que par sa surface unie, mais s'il est vrai qu'il est de toute impossibilité de confondre cliniquement une verrue plane avec une verrue dite vulgaire mais filiforme, il est non moins certain que, dans bien des circonstances, la confusion devient facile entre des verrues « planes d'emblée » et des verrues vulgaires « aplanies », comme le sont des variétés qu'il est fréquent de rencontrer en certains sièges, au cuir chevelu, à la face même quelquefois, aux surfaces palmaires et surtout plantaires. Enfin, si nous consultons ce que nous apprend l'anatomie pathologique, nous voyons que la verrue plane juvénile est formée par une néoformation des couches de l'épiderme, dans lesquelles pénètrent des papilles vasculaires allongées, et que la verrue vulgaire est également une néoplasie de l'épiderme qui, soulevant tout ce qui est au-dessus, allonge passivement les papilles vasculaires qui divergent en bouquet. En somme, simple question de degré et qui nous enseigne fort peu de chose.

Et si j'insiste sur ces points de détail, c'est qu'il n'y

(1) Communication à la Société [illegible] du 16 mars 1900.

a pas lieu, *pratiquement*, et c'est toujours là qu'il faut revenir, de tenir compte de distinctions subtiles qui obscurcissent les questions au lieu de les éclairer. En matière de verrucose cutanée, nous nous trouvons le plus souvent en face de manifestations morbides qui procèdent, en somme, de la même origine, évoluent de concert, avec des états de différenciation si atténuée qu'on ne saurait s'étonner de les voir si fréquemment marcher côte à côte. Il est aussi impossible, dans certains cas, de distinguer la verrue *mère de la verrue plane*, de la *verrue* vulgaire proprement dite, que de rapporter à l'espèce plane de très grosses verrues prospérant à leur tour sur un tégument déjà parsemé de verrues planes.

Un des faits qui militent le plus en faveur de la similitude des deux sortes de verrues, c'est la possibilité de la réunion, chez le même sujet, d'un papillome franc, d'une verrue dite vulgaire et de verrues dites planes. Il y a, en réalité, de véritables terrains à verrues.

Un de mes malades, âgé de 44 ans, porte depuis deux ans une verrue « vulgaire » de la grosseur d'un pois moyen à l'extrémité de l'index. Comme il ne peut se décider à la petite opération de l'abrasion qui lui est proposée, il rogne lui-même son excroissance avec des ciseaux fins. Mais, depuis quelques semaines, il a assisté au développement, sur le dos de la main et vers la racine du pouce, de plusieurs îlots de verrues d'aspect plane plus ou moins contiguës, de couleur à peine plus accusée que celle du reste de la peau environnante, formant une saillie d'un demi-millimètre à peine, à bords parfois arrondis, mais plutôt polygonaux, à surface un peu brillante, mais non unie, et laissant voir des inégalités difficilement appréciables autrement qu'à la loupe, et donnant assez bien l'idée des papilles normales. En même temps, il est porteur d'un gros papillome pédiculé de l'aisselle.

Un autre de mes malades, âgé de 27 ans, présente toutes les variétés de productions verruqueuses: papillome géant sur le dos de la main gauche et au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index, verrues planes de la main droite, végétations incessamment reproduites dans le sillon balano-préputial malgré les soins les plus répétés et l'absence d'antécédents vénériens, d'ailleurs démontrée par le traitement spécifique qui, donné à titre de pierre de touche, s'est montré absolument incapable d'amener la moindre amélioration de ce côté. Dans cette observation, comme dans la précédente, le sujet est prédisposé.

D'ailleurs, cette question de terrain a été relevée par un certain nombre d'auteurs. Pour M. Barthélemy (1), un même sujet peut être en même temps porteur de verrues simples, plantaires, palmaires, interdigitales, faciales, et de végétations. « Ce sont, dit-il, des associations parasitaires d'origine externe, dont la fusion avec d'autres états pathologiques permanents peut créer des manifestations hybrides assez souvent difficiles à démêler. » Dans un cas de Marx et Herxheier, il y avait en même temps, des végétations papillaires de la muqueuse buccale analogues à des condylomes acuminés, des verrues planes et des verrues vulgaires sur les mains. Pour M. Djamdjieff, la coïncidence de la verrue plane et de la verrue vulgaire est fréquente. Elle a été observée par lui-même. Il a vu cinq fois « une éruption plus ou moins abondante et généralisée de verrues planes coïncider avec quelques verrues vulgaires généralement peu nombreuses et siégeant presque toujours à la face palmaire des mains ». Il ne pense pas pourtant qu'une forme puisse donner naissance à l'autre.

(1) III Congrès français de médecine. Nancy.

Il croit que lorsque les deux espèces de verrues coïncident chez le même malade « chacune évolue pour son propre compte et peut se multiplier ou guérir sans que l'autre soit influencée ». Pourtant, le même auteur ajoute qu'il y a peut-être, entre les deux types, une parenté de l'ordre admis par certains praticiens entre la verrue vulgaire et les végétations génitales.

En présence de tant d'obscurités sur la pathogénie vraie des productions verruqueuses, il vaut mieux, au point de vue de la thérapeutique, s'en tenir à la donnée de la communauté d'origine. C'est le meilleur moyen de régler sa conduite. Dans cet ordre d'idées on se gardera des abstentions ou des temporisations fâcheuses.

L'étude de l'évolution des verrues sera encore un puissant motif d'intervention. Car à côté des cas où la verrue dite vulgaire comme la verrue dite plane demeurent indéfiniment stationnaires, sans causer la moindre gêne, il en est beaucoup d'autres où la généralisation se fait à l'extrême et pendant des séries d'années, sans interruption ni trêve.

Peut-on demeurer inactif sous prétexte qu'on a vu quelquefois des éruptions verruqueuses céder à la suggestion, ou borner sa thérapeutique en présence de faits curieux de guérison obtenus par une intervention limitée? Je ne le pense pas.

Ces faits, à la vérité, sont du même ordre et concernant des malades de constitution névropathique.

Il semble bien que la guérison des verrues par suggestion ne puisse plus être mise en doute. MM. Djamdjief, Bernheim (de Nancy) en ont vu des exemples. M. Pitres (de Bordeaux) a observé un cas de guérison de petites verrues planes et multiples du front par suggestion. Il estime que les sorciers de village qui réussissent à faire disparaître des verrues n'opèrent évidemment que par ce moyen. M. Bonjour (de Lausanne) faisait-il autrement lorsqu'il guérissait une verrue par le simple contact du doigt? Et n'est-ce pas à la suggestion même qu'on peut rapporter la guérison des verrues par l'administration de médicaments d'ordre purement subjectif, si on peut dire, comme la magnésie à la dose de quelques centigrammes ou de pilules d'excipient quelconque colorées au bleu de méthylène. Mais ce point n'a qu'un intérêt relatif.

La guérison possible des verrues par l'éradication ou la suppression de l'une d'elles en offre davantage.

Les verrues peuvent-elles disparaître par la suppression d'une ou plusieurs d'entre elles, à la manière des végétations dont Diday disait: « Enlevez toutes les grosses et vous verrez diminuer les moyennes et surtout les petites. » M. Brocq répond affirmativement: « La destruction d'une verrue amène parfois l'atrophie graduelle de toutes les autres chez le même individu; le même fait s'observe pour les végétations. » M. Brault (d'Alger) (1), tout en trouvant exagérée l'opinion populaire qui veut qu'il suffise d'enlever une verrue pour voir les autres disparaître pense cependant qu'elle contient une petite part de vérité. En effet, dit-il, lorsqu'un sujet possède une seule grosse verrue initiale, entourée de petites verrues satellites à l'état naissant, il suffit de supprimer la mère pour tuer les enfants, parfois même des papillomes de volume moyen arrivent à la régression totale. Un des malades de M. Brault a vu à la suite de l'ablation d'une grosse verrue mère tous les satellites régresser rapidement et disparaître. Mais chez les

(1) Soc. de Dermat., 11 avril 1896.

patients qui portaient plusieurs verrues adultes, M. Brault a toujours dû opérer l'éradication de ces dernières, pour observer un affaissement total des petites verrues encore planes qui les accompagnaient. Encore planes ! mettons, si vous voulez, encore jeunes. M. Barthélemy a vu, dans deux cas, une verrue disparaître une fois après l'extirpation totale, une autre fois après la simple incision incomplète de la verrue voisine. Un autre auteur a vu, en traitant une verrue mère par l'acide nitrique, disparaître quatre verrues filles.

Au cours de l'été très chaud de 1896 (1), je donnais mes soins à une jeune fille dont les mains, les joues, le pourtour des paupières étaient complètement envahis par une multitude de verrues de moyenne grosseur, pullulant et repullulant en dépit de tous les traitements. Les raclages à la curette eurent d'abord raison du plus grand nombre des papillomes, mais beaucoup récidivèrent et la malade cessa de se soigner pour éviter des déplacements qu'elle supportait difficilement à cause de la grande chaleur. Pourtant, malgré l'interruption du traitement chirurgical, au bout d'un certain temps la pullulation cessa et les verrues entrèrent d'elles-mêmes en décroissance et finirent par disparaître au bout d'une période totale de quatre mois.

Ces phénomènes, d'une interprétation difficile, me semblent pouvoir être rapprochés d'un point très intéressant de l'histoire des névrodermites, encore inexpliqué. Je veux parler de l'atténuation de celles-ci, dans certains cas, sous l'influence d'une intervention en un point circonscrit de l'enveloppe cutanée. J'ai obtenu, deux ans de suite, à la même date, une rétrogression rapide de larges placards de lichen chez une malade à qui je pratiquais simplement des badigeonnages antiprurigineux à l'acide acétique ordinaire sur une région découverte très restreinte (2), mais que ma cliente désirait voir guérir plus rapidement que le reste. Les démangeaisons ont chaque fois cessé temporairement dans les autres points du corps où siégeait l'affection. M. Ernest Besnier a cité dans sa communication au Congrès de Londres (1897) *Sur l'enveloppement limité dans le prurigo*, des faits qui ne sont pas sans présenter avec celui-ci une certaine analogie.

J'ai vu, d'autre part, dans certaines pelades, le traitement limité à une seule plaque, accélérer la repousse d'autres plaques situées en des points éloignés et non traités. Il y a là encore un rapprochement possible avec l'observation de M. Brault sur la disparition de verrues multiples par l'attouchement d'une seule d'entre elles. Les verrues peuvent aussi disparaître soit du fait d'un léger traumatisme, soit sous l'influence d'une intervention thérapeutique, non plus seulement limitée, mais généralement atténuée.

Un jeune homme de 18 ans, que je soignais pour une blennorrhagie, était porteur d'une grosse verrue papillomateuse siégeant dans le sillon de l'ongle. Cette néoplasie *qui n'a jamais été traitée*, le malade étant très timoré et rebelle à toute intervention, *a disparu en deux jours* à la suite d'une contusion du doigt, et sans que celle-ci ait porté sur la région voisine de l'ongle.

Mon excellent confrère, le Dr Chervin, me citait dernièrement le cas d'une petite malade que nous avons pu voir plusieurs fois ensemble et chez laquelle l'action de nombreux topiques, appliqués à des verrues de divers ordres (grosse verrue papillomateuse, verrues planes dites juvéniles) avaient échoué. De guerre lasse, M. Chervin se contenta de pratiquer de légers attouchements superficiels au nitrate d'argent. L'enfant, très nerveuse jusque-là, un peu rebelle aux autres interventions, se laissa persuader et appliquer sans résistance ce moyen si simple. Et elle guérit complètement et radicalement.

Mais d'autres éventualités se présentent encore. Les verrues peuvent disparaître seules, sans traitement. M. Ernest Besnier n'a pas eu l'occasion de constater le fait de la disparition des verrues par la destruction d'une seule d'entre elles, mais selon lui, les verrues sont destinées à régresser *rapidement* et finissent *toujours* par disparaître. M. Brocq dit aussi « qu'il est fréquent de voir les verrues évoluer spontanément vers la guérison après un temps variable de développement et d'état; elles disparaissent, dans ce cas, sans laisser de traces, et sans qu'on ait institué de médication ». Et il conclut qu'il ne faut pas perdre de vue ce fait clinique dans l'appréciation des diverses méthodes préconisées contre cette affection.

Pour M. Barthélemy, les verrues peuvent, à la longue, disparaître toutes seules, « on ne sait comment » ou bien devenir cornées et végéter indéfiniment, indolentes et oubliées.

Comme le dit M. Djamdjieff, dans l'excellent travail qu'il a consacré aux verrues planes juvéniles (1), celles-ci peuvent guérir spontanément.

On a pu voir des verrues guéries seules, se flétrir, s'exfolier, tomber sans qu'on sache pourquoi, et aussi sans que des maladies intercurrentes aient eu à intervenir. La chute des papillomes peut être ainsi générale.

Parfois la verrue mère persiste et toutes les autres disparaissent pour revenir ensuite, comme cela s'est produit dans une observation de M. du Castel (2), dont le malade, atteint depuis plusieurs années de verrues planes du dos des mains, voyait chaque hiver les lésions s'effacer pour réapparaître l'été suivant. Il n'y avait pas eu ici d'intervention thérapeutique.

Dans le cas de Payne (3), les verrues qu'il s'inocula par grattage, eurent une existence éphémère et disparurent d'elles-mêmes, au bout de quelques semaines, sans traitement.

En présence de tous ces faits un peu contradictoires, l'hésitation du médecin à adopter une ligne de conduite pourrait, à la rigueur, trouver sa justification s'il n'avait, pour intervenir, un puissant élément de détermination, à savoir le danger créé par la contagiosité des verrues qui, aujourd'hui, n'est plus mise en doute. M. Kaposi écrivait jadis que la croyance populaire à cette contagiosité ne reposait sur aucun fondement. Mais, pour M. Ernest Besnier, elle s'appuie, au contraire, sur des faits cliniques bien observés et des recherches nouvelles (4). La verrue peut se propager d'un individu malade à un individu sain. Elle est de plus et surtout auto-inoculable.

Payne (5), ayant gratté les verrues d'un enfant, il lui

(1) Je signale cette particularité car j'ai cru remarquer que les verrues pullulent beaucoup plus facilement pendant la saison chaude.

(2) Le poignet.

(1) *Arch. clin. de Bordeaux*, octobre 1897.

(2) *Semaine médicale*, 1898, p. 361.

(3) *Ann. de Derm.*, 1892.

(4) Majocchi, cite par Tomasi Crudeli (Anat. path., t. I, 1882), a trouvé dans leur substance un petit bacillle. Babès (*Journal de l'Anatomie*, janv. 1884), un microcoque, Kuhneman un bacille fin qui se multiplie rapidement sur l'agar-agar en culture verte et qui, par l'inoculation au lapin et sur la crête du coq, détermine la production d'une excroissance verruqueuse.

(5) *Ann. de Derm.*, 1892.

survint, dans l'ongle, de la rougeur et du gonflement au niveau desquels une verrue se constitua. Puis il lui vint d'autres verrues sur la face dorsale du pouce.

Le fait de M. Jadassohn (de Berne) est plus démonstratif encore. Notre confrère montra, au Congrès allemand de Dermatologie (1896), sur sa main et sur celle du Dr Dreysel, quatre verrues dures produites après une longue incubation par inoculation ou fragments de verrues (1).

Le rôle du grattage semble évident dans les observations de contagion des verrues. Dans un des cas de Gémy (d'Alger) (2), des verrues s'étaient développées sur le scrotum par auto-inoculation dans le sens des manœuvres de grattage chez un malade atteint de pediculi pubis, dont l'invasion provoqua ainsi l'extension d'un placard verruqueux qui était resté, pendant cinq ans, stationnaire. Dans un autre cas, du même auteur (3), il s'agissait d'un Marocain de 23 ans, ayant les jambes criblées (aux parties laissées découvertes par la chaussure — sebabet — et le bas du pantalon — seroual —) de verrues de dimension de tout ordre, verrues mères et verrues filles mélangées, disposées en traînées, et auto-inoculées par l'action des ongles. Un grand nombre d'autres faits de contagion existent encore dans la science. Parmi eux qui ont été le plus récemment publiés, il me suffira de relever ceux de MM. Variot et Lazard qui ont rapporté, dans le *Journ. de Clin. et de Thér. inf.* (13 décembre 1893), le cas d'un enfant de 10 ans qui, porteur de verrues typiques de la face dorsale des mains, s'était inoculé le bord des paupières par le frottement de ces dernières avec les doigts ; un autre cas de M. Variot qui a relevé dans sa clientèle l'observation d'une petite fille portant des verrues multiples des doigts et du visage (lèvre supérieure, peau de l'ongle de l'orbite gauche), et les faits cités par M. Djamdjieff (cas de contagion entre deux frères, entre un père et un fils).

Ces faits de contagion, bien établis aujourd'hui, doivent nous engager à traiter, sans délai, des productions qui, dans les écoles par exemple, peuvent atteindre en même temps un assez grand nombre d'enfants, surtout en présence de la difficulté qu'il y a à obtenir d'eux qu'ils évitent les contacts de leurs camarades ou qu'ils renoncent à se frotter ou à se gratter le visage avec leurs mains déjà inoculées.

Il faut soigner les verrues, parce qu'elles sont une cause d'enlaidissement inutile et qu'elles n'ont jamais embelli, quoi qu'on en ait dit, le plus gracieux visage, qu'elles mettent même en péril si elles viennent à se propager à des régions où leur présence peut être une cause de gêne pour le bon fonctionnement des organes (angle des paupières, commissure des lèvres).

Il les faut soigner aussi parce qu'elles peuvent être l'objet de souffrances inutiles à la suite de soulèvements partiels, d'arrachements incomplets, ou bien de chocs ou de compressions brusques.

Il les faut soigner, parce que certaines verrues longtemps négligées, irritées, exaspérées par des attouchements répétés ou des traumatismes fréquents, ont pu devenir l'origine de dégénérescences (et en particulier de l'épithelioma) ou le point de départ d'infections locales (syphilis), et d'affections phlegmoneuses (1).

Il les faut soigner encore, car rien ne prouve qu'il n'y ait pas une relation possible entre cette graine épidermique et la cancérose. J'ose à peine risquer aujourd'hui une telle opinion, bien qu'on arrive progressivement à admettre sans trop d'opposition l'origine microbienne des affections cancéreuses. Ce que je puis affirmer, c'est que j'ai relevé chez plusieurs de mes malades cancéreux, des productions verruqueuses de vieille date. Et je conclus radicalement qu'il faut, de toute manière, traiter toutes les verrues sans s'attarder à tenter des cures plus que problématiques par la suggestion. J'accorderai qu'il n'y a pas grand inconvénient à essayer, chez certains sujets pusillanimes ou nerveux à l'extrême, la cure partielle d'un de leurs papillomes, sans oublier cependant que ce sera le plus souvent peine perdue. Le mieux est d'entreprendre, de suite, un traitement méthodique. Il faut détruire, tout d'abord, les grosses verrues isolées par les moyens ordinaires, et s'il y a généralisation de l'éruption verruqueuse, s'attaquer à toutes les productions de moyenne grosseur tout d'abord, pour entreprendre ensuite, s'il y a lieu, la cure des petites. Il est toujours indiqué de traiter simultanément les verrues grosses et petites lorsque le malade demande à être débarrassé promptement ou lorsque le siège des néoplasies est par lui même une indication. Nous avons à notre disposition, pour le traitement des verrues, un très grand nombre de topiques (caustiques chimiques, collodions, etc). Mais l'abrasion, l'excision, le raclage, la destruction au galvano, employés avec mesure pour éviter les cicatrices, et à condition que leur application soit faite avec discernement, selon la forme même de la lésion, devront toujours être les procédés de choix, comme étant les plus rapides et les plus efficaces. Il sera toujours bon de traiter en même temps l'état général, quand il s'agit de névropathes, par les moyens habituels et en particulier l'hydrothérapie.

(1) Des expériences d'inoculation ont eu lieu au dispensaire de Belleville, dirigé par M. Variot, sur deux étudiants en médecine. Sur l'un d'eux, l'épreuve fut concluante.
(2) *Ann. Derm.*, 1890.
(3) *Ann. Derm.*, 1889.

(1) Je possède une observation de phlegmon de la région périnéale, déterminée par l'arrachement d'une verrue avec des ongles sales.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — M. Robert, médecin principal de 1re classe, professeur à l'École d'application du service de santé militaire, membre du comité technique de santé, est promu au grade de médecin inspecteur dans le cadre du corps de santé militaire, en remplacement de M. le médecin inspecteur Emery-Desbrousses, placé dans la section de réserve. — Nommé directeur du service de santé du 19e corps d'armée, à Alger. — M. le médecin de 1re classe Gouzien, du cadre de Brest, est désigné pour embarquer sur le *Nielly* (division navale de l'Océan indien). M. le Dr Gouzien ira rejoindre sa destination par le paquebot partant de Marseille le 25 avril prochain.

LIBERTÉ DE PENSÉE EN PRUSSE. — Le conseil des ministres a définitivement prononcé la révocation comme *privat-docent* du Dr Arons, parce qu'il appartient au parti socialiste malgré l'avis contraire de l'université de Berlin. Les journaux déplorent cette atteinte portée à la liberté des opinions. Le *Tageblatt* dit : « Désormais, l'article 27 de la Constitution devra être rédigé ainsi : Chaque Prussien, à l'exception des socialistes, a le droit d'exprimer librement son opinion par paroles et par écrits. Lorsque M. Arons faisait à l'université son cours, il n'y a jamais exprimé les idées socialistes. Aussi le gouvernement a-t-il fait voter au Landtag une loi spéciale décidant que le fait d'appartenir au parti socialiste entraînerait l'exclusion de l'Université. » (*Le Temps* du 25 février 1900.) — Et ce pays a la prétention d'être à la tête de la civilisation, alors qu'il ne respecte pas la liberté de penser. On ne lit plus Voltaire en Prusse.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Enseignement à tirer d'un simple fait divers.

(Hospitalisation précoce des aliénés. — Service des prompts secours).

Une malheureuse aliénée, hantée de l'idée fixe du suicide depuis plusieurs années, à la suite de la mort de son mari, avait tenté de mettre plusieurs fois son désir en exécution. Une surveillance discrète, organisée par la famille, avait jusqu'alors rendu vaines ses tentatives.

Un jour cependant, elle s'échappe, entraîne son jeune enfant sur un quai désert : « Vois, mon chéri, comme cette eau est belle », et pendant que l'enfant regarde du haut d'un ponton elle le précipite dans la Seine et ne tarde pas à l'accompagner, mais de courageux sauveteurs ont été témoins du drame, et non sans dangers parviennent à ramener sur la berge la mère et l'enfant. Ce dernier heureusement est sain et sauf. La mère est inanimée. On court chercher un médecin. En attendant, les passants s'attroupent, tous savent ce qu'il faut faire ; qui ne sait pas soigner un noyé? Une boîte de secours est là, providentielle; un flacon est dans la boîte de secours ; vite un verre ; et l'on verse largement, dans la bouche inerte de la noyée, le liquide qui doit la ramener à la vie. N'est-il pas pour cela dans la boîte de secours?

Pendant ce temps le médecin arrive, la victime est sans connaissance depuis vingt minutes, mais il se souvient que M. Laborde en a fait revenir de plus loin ; il prend une pince et s'apprête à pratiquer les tractions rythmées de la langue. Il ouvre la bouche de la noyée, saisit la langue qui aussitôt se dépouille de sa muqueuse. «La malheureuse s'est empoisonnée avant de se noyer, elle a la langue brûlée. — Non, docteur, lui répond un des sauveteurs, peut-être cela est dû à ce qu'on lui a fait prendre. » Le médecin voit un verre à demi rempli d'une solution incolore, il le sent et recule vivement la tête, à demi asphyxié : on avait donné de l'ammoniaque à la victime qui, malgré tous les soins, reste la proie de cette mort qu'elle avait tant convoitée.

Il est plus d'un enseignement dans ce simple fait divers. Et d'abord, c'est un cas de plus à ajouter à la liste trop longue des drames perpétrés par des aliénés en liberté. Le fait d'avoir maintenu libre, avec une surveillance illusoire de la famille, cette malheureuse aliénée, lui a coûté la vie et, chose plus grave, a failli causer encore la mort de son enfant. Le *Progrès médical* et les *Archives de neurologie* ne cessent de réclamer l'internement des aliénés en liberté qui peuvent toujours, quels qu'ils soient, devenir, à un moment, dangereux. Ces drames de la folie qui encombrent les dernières colonnes des journaux, sont de trop éloquentes réponses à ceux qui ne veulent, pour les fous, ni surveillance, ni asiles. Qu'on modifie les maisons d'aliénés, qu'on en fasse des séjours autant que possible agréables et sains, qu'on traite les malheureux aliénés avec toute l'humanité, la douceur et les égards auxquels ils ont droit, mais qu'on les protège contre eux-mêmes et surtout qu'on protège la société.

Une seconde considération, mais d'un tout autre ordre, que suscite ce fait divers, assez banal en soi, concerne les soins d'urgence qui ont été donnés à la noyée. Un secouriste, aussi inepte que bien intentionné, lui a fait boire de l'ammoniaque. De sorte que cette malheureuse, si elle était revenu à la vie, aurait été horriblement brûlée et peut-être aurait, durant le reste de ses jours, souffert péniblement des conséquences de ces brûlures. En outre, qui oserait affirmer que cette ingestion d'ammoniaque n'a pas empêché le retour à la vie?

L'administration et les sociétés de secouristes devraient bien veiller à la composition de leurs boîtes de secours; ou plutôt elles ne devraient en confier la clef qu'à des personnes intelligentes et suffisamment instruites pour en faire un judicieux emploi. Et comme ces boîtes de secours sont fatalement, en cas de catastrophes, à la disposition de qui veut s'en servir, il serait peut-être sage d'en bannir tout ce qui, employé inconsidérément, peut donner lieu à des conséquences fâcheuses. J. Noir.

Clinique des maladies nerveuses : M. le Pr Raymond.

Après une absence de quelques mois, M. le Pr Raymond a repris la direction de la clinique nerveuse de la Salpêtrière et recommencé, le mardi 3 avril, ses leçons cliniques, donnant ainsi à ses nombreux élèves la double satisfaction d'entendre à nouveau ses démonstrations si claires, et de retrouver, aussi dévoué à sa tâche que par le passé, le maître qui se consacre tout entier à leur instruction.

Continuant les traditions de Charcot, le Pr Raymond tient, avant tout, à faire bénéficier l'auditoire des richesses hospitalières que fournit la consultation du mardi justement célèbre. Ce jour-là, il procède à l'interrogatoire des malades, comme doit le faire tout praticien dans son cabinet, initiant l'étudiant à la méthode qui doit lui permettre d'écarter les difficultés du diagnostic, toujours si nombreuses chaque fois qu'il s'agit de l'examen d'un malade nerveux. C'est dans cet esprit d'enseignement qu'il a présenté, mardi dernier, deux hystériques avec fugue ayant duré plusieurs jours, une polynévrite alcoolique aiguë avec psychose polynévritique, un goitre exophtalmique. Mais à côté de cet enseignement, essentiellement pratique, le Pr Raymond fait, le vendredi, une leçon doctrinale. Ici, le professeur a choisi d'avance le sujet qu'il va traiter et nous assisterons cette année à une étude des atrophies musculaires. C'était là une question que M. le Pr Raymond a déjà étudiée dans ses conférences de Lariboisière et qu'il désire approfondir, les richesses anatomo-cliniques de son service lui ayant permis d'accumuler de nombreux documents. Nous assisterons donc cet été à des présentations de malades réalisant toutes les variétés d'atrophie musculaire; l'électrodiagnostic en sera exposé dans tous ses détails, et chaque leçon du vendredi sera suivie de projections de coupes microscopiques montrant les lésions musculaires et nerveuses de la forme morbide décrite quelques instants auparavant. La leçon sera donc anatomo-clinique, réalisant le type parfait de la leçon puisque l'anatomie normale et pathologique du système nerveux prend, de jour en jour, une importance capitale et doit, par suite, être révélée aux élèves.

En outre, nous tenons à signaler l'organisation générale de la clinique où tout est prévu par M. Raymond pour parfaire l'instruction des élèves. Ils peuvent, en effet, assister à l'examen, le lundi du larynx, le mercredi des yeux, le samedi de l'oreille; trois fois par semaine, les lundi, mercredi et vendredi, apprendre l'électrodiagnostic et l'électrothérapie; enfin ils ont à leur disposition un

laboratoire d'anatomie pathologique ; tous ces divers laboratoires sont largement ouverts aux docteurs français et étrangers et mis à leur disposition s'ils veulent y poursuivre un sujet d'études. D'ailleurs, des cours supplémentaires sont faits par les chefs de clinique, de laboratoire, d'anatomie pathologique, cours pratiques qui permettent aux élèves de prendre mieux contact avec la difficulté et d'observer eux-mêmes ce que leur ont appris les livres d'anatomie et de pathologie nerveuses.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 31 mars 1900. — PRÉSIDENCE DE M. TROISIER.

Dosage comparatif de l'alcool dans le sang et le lait.

M. NICLOUX. — L'alcool fut introduit dans l'estomac de chiennes et de brebis, sous forme de solution à 10 p. 0/0 ; d'heure en heure, des prises de sang et de lait furent prélevées, et il est intéressant de constater que la teneur en alcool est très voisine dans les deux liquides.

Quantité d'alcool injecté par kilogrammes 3 c.c.

Temps compté depuis la fin de l'injection.	Alcool absolu pour 100 c c, de lait.	Alcool absolu pour 100 c.c de lait.
30′	0,16	—
1 h.	0,19	0,21
1,30	0,21	0,23
2,30	0,21	0,23
3,30	0,20	0,23
4,30	0,18	0,19
5,30	0,17	—
6,30	0,15	—
7,30	0,13	0,14
23 heures	rien	—

La quantité considérable d'alcool qui passe ainsi dans le lait, doit avoir une toxicité redoutable pour le système nerveux en formation. Des observations anatomo-pathologiques doivent être recherchées pour apporter des preuves morphologiques à cette intoxication, que l'auteur propose d'appeler *alcoolisme congénital.*

Phagocytose et leucocytes hématophages.

M. Ch. RONGEL. — La phagocytose s'exerce de préférence sur les aliments un peu modifiés; les globules blancs ne s'attaquent aux globules rouges que lorsque ceux-ci sortent de leur élément normal, commencent à s'élever.

Sur une évolution spéciale de la sphère attractive dans la cellule cancéreuse.

M. BONEL. — Sacotsheuko a décrit dans les cellules cancéreuses des éléments comme des levures ; on ne peut rattacher l'existence à l'élément constituant d'un grand nombre de cellules, l'aschoplasma ou mieux l'idiosome. Il y a des rapports évidents entre l'idiosome du spermatocyte, le corps vitellin de l'ovule et l'aschoplasma de la cellule cancéreuse.

Plis de flexion de la peau de la main.

M. FÉRÉ. — Les plis palmaires étudiés chez le singe, le nouveau-né et l'adulte sont nullement dus à des attitudes fréquentes.

Action de la strophantine sur les réactions électriques des muscles et des nerfs de la grenouille.

M. CLUZET. — L'auteur a, au moyen d'injection de stropha[illegible]ne, obtenu des réactions électriques des muscles et des nerfs, qui produisent des analogues avec la dégénérescence observée en clinique.

Hématozoaires endo-globulaires de l'hippocampe.

MM. SABRAZÈS et MURATET ont trouvé dans les globules rouges de l'hippocampe des corpuscules mobiles, probablement parasites, qui n'ont pas encore été signalés dans les globules des poissons.

Structure du cylindre axe des nerfs à myéline.

M. WEISS. — Le cylindre axe se compose d'une partie fondamentale homogène, dans laquelle se trouve un réseau fibrillaire très fin. Les fibrilles sont en réseau, et ne sont pas indépendantes les unes des autres.

Division des spermatides chez les mammifères.

M. REGAUD ne pense pas comme MM. MOORECT, SAPPIN, TROUFFY, que les spermatides multiplient par division directe.

Antitoxine diphtérique.

MM. D'ASTROS et RIETSCH modifient le procédé de Brieger et Bœr pour la précipitation de l'antitoxine diphtérique du sinus.

Glycogène dans les tumeurs.

MM. MEILLIÈRE et LOEPER indiquent un procédé de dosage du glycogène dans les tumeurs; ils l'ont aussi trouvé dans les ganglions dépendant de la tumeur, mais il est quatre fois plus abondant dans la tumeur elle-même.

Sédimentation spontanée du sang dans le formol.

M. MARCANO a mesuré le sédiment sanguin ; c'est-à-dire le volume globulaire, au moyen du formol qui peut faire sédimenter une quantité même très minime de sang: une goutte. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 3 avril 1900. — PRÉSIDENCE DE M. MAREY.

Rougeole et désinfection.

La discussion continue entre M. VALLIN, partisan de l'utilité directe de la désinfection dans la rougeole et M. GRANCHER. M. Grancher ne croit pas à la longue résistance du germe dans la rougeole. Celle-ci ne paraît contagieuse qu'à la période d'incubation. Mieux vaut donc réserver la déclaration et la désinfection à des maladies bien plus graves, causées par des germes bien plus résistants : la tuberculose, la pneumonie, la broncho-pneumonie.

M. KELSCH, à l'appui de la résistance relativement longue du genre de la rougeole, signale les épidémies périodiques dans certaines casernes.

Etiologie du paludisme.

M. LAVERAN signale l'importance accordée aux moustiques comme vecteurs du parasite palustre par la commission de Sierra-Léone. L'instruction pour empêcher le développement de la fièvre palustre, fait connaître au public les moyens de se débarrasser des moustiques vecteurs du paludisme et des larves vivant dans l'eau stagnante. Il faut rechercher les lieux où se développent les larves, les dessécher s'il est possible, sinon répandre à la surface de l'eau l'huile de pétrole ou le goudron frais versé goutte à goutte. Pour éviter d'être piqué par les moustiques, l'instruction recommande l'usage des moustiquaires, même pendant le jour, et des *punkas*, grands éventails qui, en agitant l'air, chassent les moustiques. Les enduits d'huile de lavande, vaseline camphrée ou naphtalinée sur la peau sont peu efficaces.

Cinq cas de chirurgie laryngée. Guérisons.

M. CASTEX communique : 1° deux cas très intéressants de cancers du larynx guéris, sans récidive, depuis près de deux ans par l'ablation après la laryngotomie ; 2° un cas de rétrécissement sous-glottique détruit par la laryngotomie ; 3° deux cas de sclérogénie pour tuberculose laryn-

gée. Les deux derniers malades, porteurs de lésions tuberculeuses du larynx, ont été traités par les injections sous-muqueuses de la solution de chlorure de zinc au vingtième et l'amélioration constatée équivaut presque à la guérison. Il s'agissait, il est vrai, de lésions ulcéreuses circonscrites Quatre injections ont été pratiquées à un mois d'intervalle en moyenne. Les injections provoquent une sensibilité douloureuse et gênent, pendant quelques temps, la déglutition. Aussi ne sont-elles indiquées que dans les formes circonscrites et chez les sujets non cachectiques. Ces traitements remontent à la fin de 1897 et au commencement de 1898.

Nouveaux anesthésiques en oculistique.

M. Darier présente plusieurs anesthésiques locaux dérivés de la morphine. L'un d'eux, le chlorhydrate d'éthylmoyline, donne une analgésie satisfaisante. Mais il produit d'abord un peu de cuisson et un léger chémosis.

A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 30 mars 1900. — Présidence de M. Troisier.

Elimination du bleu de méthylène.

MM. Achard et Clerc ont constaté que le bleu de méthylène, absorbé régulièrement tous les jours, donne lieu à une élimination aussi considérable chez les malades dont la perméabilité rénale est diminuée que chez les malades sains. Ils expliquent ce phénomène en apparence paradoxale par la saturation de l'organisme par le bleu de méthylène. Au début de l'administration du bleu, le rein peu perméable en laisse moins passer, puis la quantité de matière colorante augmente jusqu'à ce qu'elle atteigne celle éliminée par un rein normal; mais la différence réapparaît si on cesse l'administration du bleu. Le rein sain en débarrasse fort rapidement l'économie, tandis que le rein malade prolonge encore longtemps l'élimination. On peut en tirer des conclusions sur l'excrétion des matières extractives par le rein. L'analyse chimique de l'urine à un moment donné ne permet pas de juger de la perméabilité du rein. M. Achard n'admet pas que le bleu de méthylène soit détruit dans l'organisme ce qui paraît expliquer la diminution de l'élimination; si cette destruction avait lieu, il est probable qu'elle serait plus active chez les individus sains que chez les malades.

M. Widal a constaté chez une brightique l'absence d'élimination du bleu de méthylène, il l'attribua à la faiblesse de la pression artérielle. Le régime lacté et la théobromine relevèrent cette pression et le bleu apparut après quelques temps dans les urines. L'administration de la digitale avait été sans effet.

Faim épileptique.

M. Ch. Féré, au sujet de la communication de M. Mathieu sur la phobie de la faim de certains dégénérés, rappelle les accès de boulimie qui surviennent assez souvent chez les migraineux. Il cite une observation de faim chez un épileptique.

Eruptions arsénicales.

MM. Enriquez et P. Lereboullet rapportent une nouvelle observation de mélanodermie arsénicale généralisée, analogue à celle qu'ils ont présentée à la Société, il y a quelques mois. Dans ce cas, la mélanodermie est survenue chez un sujet atteint de psoriasis qui, durant quatre mois environ, avait pris de la liqueur de Fowler à la dose de XXV gouttes par jour. Le malade est très brun et a la peau fortement pigmentée; l'éruption qui donne à la peau un aspect tacheté a surtout son siège sur le tronc, elle est peu développée aux membres et aux extrémités. Les auteurs notent, en outre, une éruption lichenoïde à la paume des mains à la plante des pieds, une sécheresse pénible du gosier, une légère conjonctivite avec photophobie.

Maladie de Werlhoff.

MM. Landrieux et Milian ont observé chez un malade âgé de plus de cinquante ans, des tâches de purpura sur les membres et surtout sur les membres inférieurs. Ce malade présentait les symptômes d'une sciatique double, des douleurs dans les membres et des raideurs musculaires. L'état général était bon et le malade n'avait pas de fièvre. L'examen du sang n'a révélé autre chose qu'une anémie peu accentuée avec leucocytose. Le système nerveux chez ce malade qui, comme banquier, avait subi de très sérieux revers, paraît devoir jouer le rôle pathogénique important dans cette affection.

Maladie d'Addison.

MM. Ménétrier et Oppenheim signalent un cas de maladie d'Addison, dont l'évolution a été suraiguë avec des symptômes peu accentués. Le malade mort brusquement à la suite d'une angine à pneumocoque, ne présentait aucune lésion tuberculeuse, autre qu'une altération caséeuse des deux capsules surrénales.

Lymphangite hypertrophique.

M. Bourcy a soigné un malade atteint de lymphangite hypertrophique du derme survenue à diverses reprises et ayant déterminé de tels troubles, que le malade paraissait atteint d'éléphantiasis. Le repos horizontal et la compression ont amené la guérison du malade.

Leucémie lymphocytique.

MM. Petit et Weil ont observé un malade présentant des tumeurs assez volumineuses au niveau de toutes les régions contenant des ganglions lymphatiques. L'examen du sang leur ont permis de constater une leucocytose portant sur les leucocytes mononucléées ou lymphocytes. En faisant l'autopsie il fallut avoir recours à l'examen histologique pour constater les altérations leucémiques des viscères. Les auteurs rapprochent ce fait de cas analogues rapportés récemment à la Société.

M. Hayem renouvelle à cette occasion les observations qu'il a faites pour les autres cas de leucémie, mononucléaire. Il attend, pour être convaincu de leur existence, de pouvoir examiner lui-même les préparations histologiques. J. N.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 4 avril 1900. — Présidence de M. Richelot.

Traitement de la tuberculose rénale.

M. Pousson (de Bordeaux) fait une communication concernant le traitement de la tuberculose rénale. A ce point de vue on peut diviser l'affection en deux degrés. A un premier degré la tuberculose rénale est pure et dans ce cas on peut discuter l'intervention. Au deuxième degré, poursuite du ramollissement des tubercules des lésions sont minces; dans ce cas il faut intervenir. M. Pousson présente 10 cas de ce genre; 5 fois il a pratiqué la néphrotomie; sur ces 5 opérés, il y a une mort, 4 survies opératoires, dont 2 récidives. Dans les 7 autres cas, l'intervention pratiquée fut la néphrectomie; tous les malades ont guéris et sont restés guéris depuis 1, 2 et même 5 ans. On peut en conclure que la néphrectomie est l'opération de choix; le plus souvent l'opération pourra être extra-péritonéale. Quant au pédicule, il faut lier les vaisseaux séparément ainsi que l'uretère, le plus souvent la résection de l'uretère s'impose et il faut la pratiquer le plus près possible de la vessie

M. Reynier partage l'avis de M. Pousson; les opérations partielles sont des opérations mauvaises; il faut faire la néphrectomie et l'urétrectomie et c'est à cette pratique qu'il doit un succès depuis dix ans; dans un autre cas, ayant laissé l'uretère, il s'est produit une fistule qui dure encore.

M. Tuffier pense que dans certains cas la néphrotomie trouve des indications; ainsi quand la rétention, surtout la pyomphrose, vient compliquer la tuberculose rénale; on peut, dans ce cas, se contenter de la néphrotomie, quitte à la faire suivre d'une néphrectomie secondaire.

M Albarran. — La néphrotomie n'est indiquée, dans les cas dont parle M. Tuffier, que s'il y a doute sur la valeur de l'autre rein; si l'autre rein est sain, il faut pratiquer la néphrectomie primitive. Quant au pédicule, il faut le lier au catgut, la soie donnant souvent des fistules. Pour l'uretère enfin, M. Albarran est d'avis, comme M. Tuffier, que si ce conduit est sain, il est inutile d'en faire l'extirpation

M. TUFFIER défend la néphrotomie dans les cas sus-indiqués, parce que souvent il est difficile, sinon impossible de déterminer la valeur fonctionnelle de l'autre rein. D'autre part, l'orifice des fistules lui paraît être, non pas tout dans la nature du fil employé, mais dans la présence d'un uretère malade présentant des rétrécissements multiples ; cet uretère il faut l'enlever.

Occlusion intestinale.

M. KIRMISSON rapporte une observation d'invagination iléo-cæcale, chez un enfant de seize mois, opéré par M. Lyot, quatre heures après le début des accidents par la laparotomie qui fut suivi de guérison. L'intérêt de cette observation est dans la précocité de l'intervention ; d'autre part, dans la possibilité démontrée une fois de plus, de faire le plus souvent le diagnostic; dans ce cas, comme dans un autre fait récemment observé par M. Kirmisson, il y avait le signe donné par Cruveilher, à savoir le sujet de mucosités sanguinolentes par le rectum.

Traitement de la grossesse intra-utérine rompue.

M. REYNIER, commentant l'observation apportée par M. Routier dans la précédente séance, conclut, comme ce chirurgien, que dans l'inoculation péritonéale, l'intervention doit être hâtive cependant, dans les cas extrêmes, on peut essayer de relever la malade, d'abord par des injections intra-veineuses de sérum ; il faut faire le nettoyage de la cavité péritonéale et en vue de cela, M. Reynier place ses malades dans la position inverse de celle M. Freudlenbourg et fait un lavage à l'eau salée ; ce nettoyage est d'autant plus nécessaire que le sang est un excellent milieu de culture. La conduite doit donc être la suivante : agir rapidement, enlever rapidement la trompe qui saigne, et drainer, non avec le Mickulicz qui ne sert à rien, mais avec un drain, comme M. Quénu.

M. QUENU est d'accord sur beaucoup de points avec M. Reynier, sauf pour ce qui concerne le lavage du péritoine, qui n'est indiqué que s'il y a infection générale de la séreuse, ce qui n'est pas le cas ici. SCHARWTZ.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 28 mars 1900. — PRÉSIDENCE DE M. LE Dr LAVERAN

M. LORANCHET. — A propos de la *prophylaxie de la diarrhée infantile,* l'auteur s'élève contre le defaut ordinaire de déclaration de maladies cholériformes chez les enfants, et demande que les différents noms de diarrhée cholériforme, d'atrepsie, etc., soient remplacés par le mot de *cholérine du biberon* ; ce nom serait mieux compris par les familles qui finiraient par comprendre mieux tous les dangers du biberon. M. Loranchet demande que la désinfection soit faite à la suite de ces maladies.

M. DANYSY. — *Destruction microbienne des rats.* — Cette question a une importance depuis qu'il est démontré que la peste est propagée par les rats. Le virus employé dans les égouts de Paris depuis quelques mois, se cultive dans l'intestin du rat qui a ingéré ce virus. Dans un égout de Paris on a fait des expériences assez concluantes : elles ont montré que le rat mange sans défiance le pain trempé dans ce virus; dans certaines conditions le rat est réfractaire.

Discussion de la communication de M. VINCEY *sur la destruction des ordures ménagères.*

M. BERTHOD prend la parole à ce sujet; il demande à ce qu'il y ait des boites d'ordures de jour dans les rues comme à Londres et en Hollande. De plus, il se demande si on ne peut pas incriminer dans l'éclosion de certaines épidémies de diphtérie, par exemple, les gadoues amoncelées et conservées à la campagne.

M. LIVACHE s'élève également contre les dépôts de gadoues aux environs de Paris; ils constituent un véritable danger. A Philadelphie et à New-York on détruit toutes les ordures ménagères par la cuisson ; le produit sert à l'agriculture.

M. VINCEY reconnaît que le procédé employé à Philadelphie est parfait, mais il coûterait bien cher.

M. CERCIRON. — *Sanatorium populaire pour les tuberculeux adultes.* — Cette société possède plus de 330.000 francs avec lesquels elle va construire un sanatorium. MARTHA.

REVUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

Rédacteur spécial : Dr Ch. MIRALLIÉ.

VIII. — Maladie de Raynaud, par Thomas MONRO. (Glasgow, librairie J. Maclehose, 1899.)

VIII. — En un volume de 250 pages, dédié à la mémoire de Maurice Raynaud, l'auteur fait une étude très complète et très au courant de la gangrène symétrique des extrémités. Après une courte introduction sur les vaso-moteurs, et sur la riche synonymie de la maladie, l'auteur en fait l'historique ; le chapitre étiologie montre l'influence de la nationalité, du sexe, de l'âge, de l'hérédité, de la profession, du froid, de la saison, de l'émotion, de la fièvre paludéenne, des troubles des fonctions sexuelles, et d'autres causes banales. Basant sa description clinique sur une riche littérature comprenant la plupart des cas publiés jusqu'en 1896, l'auteur étudie successivement la syncope locale, l'asphyxie locale et la gangrène symétrique, l'évolution et la terminaison de la maladie de Raynaud. Plus intéressant est le chapitre consacré à l'étude des relations de la maladie avec la fièvre typhoïde, la variole, la scarlatine, la rougeole, la coqueluche, la diphtérie, l'érysipèle, l'influenza, la syphilis, la blennorrhagie, la tuberculose, le rhumatisme, la leucocythémie, les hémorragies, les suppurations, les maladies pleuro-pulmonaires, les affections des appareils cardio-vasculaire et digestif, le diabète, la glycosurie, le mal de Bright, l'hématurie, l'hémoglobinurie, les affections du système nerveux, hystérie, chorée, acromégalie, aphasie, névrite ; les affections oculaires, cutanées, la sclérodermie. Dans la description des lésions, l'auteur sépare logiquement les faits typiques des formes atypiques de Raynaud ; et après avoir exposé les diverses théories pathogéniques, incline vers la théorie nerveuse.

Signalons particulièrement l'index alphabétique très complet et très facile à consulter qui termine cette monographie, une des plus importantes et des plus complètes que l'on ait publié sur cette affection.

IX. — Un cas de névralgie spermatique, par J. DONATH et F. HÜLTL. (*Wiener. klin. W.*), 1899, n° 11).

IX. — A Astley Cooper revient l'honneur d'avoir décrit le « testicule irritable ». Observant un fait de ce genre, les auteurs pratiquèrent la résection du nerf lumbo-inguinal et du spermatique externe. Ils basèrent cette intervention sur ce que « la résection des autres nerfs pour névralgies, avaient souvent donné de bons résultats, que par contre la castration n'avait pas toujours fait disparaître les douleurs, qu'une autre intervention peut faire disparaître la névralgie ». Après avoir discuté et établi sur des faits ces trois propositions, les auteurs rapportent l'histoire de leur malade et les détails de l'opération. Celle-ci fait disparaître complètement les douleurs, et, trois mois après, le résultat se maintient.

X. — Névrite periphérique d'origine alcoolique. Prédominance de la paralysie atrophique sur les muscles extenseurs du pied. Exagération des réflexes rotuliens, par INGELRANS (Soc. centrale medecins du Nord, librairie Le Bigot, Lille, 1899).

X. — Chez un tuberculeux pulmonaire profondément alcoolisé, apparait une parésie atrophique des membres inférieurs, remarquable par deux caractères : la prédominance de l'atrophie sur le triceps sural, et l'exagération des réflexes rotuliens. Au lieu de la démarche classique du stepper, le malade marche sur les talons, qu'il pose d'abord sur le sol. L'exagération des réflexes rotuliens, symptôme rare dans la névrite périphérique, mérite aussi d'être relevée.

XI. — Contribution à l'étude des scléroses de la moelle épinière (Sclérose en plaques et syphilis médullaire); par Ed. LONG. (Kündig, Genève, 1899.)

XI. — La question des scléroses médullaires est encore des plus obscures et la contribution que Long apporte à la solution du problème est des plus importantes. Une femme syphilitique observée chez le Dr Dejerine présente, quatre ans après l'infection syphilitique, une hémiparaplégie droite progressive, avec troubles sphinctériens et troubles sensitifs frappant le même côté que la paralysie. Pendant quatre ans les symptômes s'amendent, pour reprendre ensuite la même intensité qu'au début, puis apparaissent sur le membre supérieur droit des symptômes d'anesthésie et de parésie très atténués. L'autopsie révèle l'association de deux processus histologiques différents : à la région cervicale des foyers de sclérose en plaques, à la région dorsale une sclérose diffuse qui est assez exactement comparable aux lésions habituellement observées dans la syphilis médullaire. S'agit-il d'une simple coïncidence, la combinaison de deux formes anatomiques distinctes ou bien est-il possible d'établir un lien quelconque entre elles? Tel est le problème que l'auteur se propose de résoudre.

A la région cervicale, les plaques de sclérose semblent reconnaître comme processus primordial soit une altération primitive des fibres nerveux, soit une prolifération anormale du tissu névroglique. A la région dorsale, par contre, Long trouve des lésions vasculaires et méningées très marquées, la sclérose est plus conjonctive que névroglique, la péri-artérite prédomine. D'une discussion histologique très serrée, l'auteur conclut qu'il s'agit chez sa malade de la juxtaposition de deux sortes de lésions distinctes : la sclérose en plaques et la syphilis médullaire. Cette étude anatomo-pathologique très complète, permet d'établir la part qui revient dans la symptomatologie aux lésions de sclérose diffuse et aux foyers de sclérose en plaques.

Cliniquement, cette observation présente plusieurs points intéressants que l'auteur met en juste relief. L'exagération des réflexes rotuliens existait des deux côtés, et cependant le faisceau pyramidal gauche et à peine altéré (notons qu'il n'y avait pas de phénomène du pied de ce côté); les troubles sphinctériens ont persisté sans qu'il y eut de lésion transverse totale. Les troubles sensitifs existaient du même côté que la paralysie, malgré la prédominance des lésions dans le côté droit de la moelle. Cette observation montre donc que pour ce qui concerne le syndrome de Brown-Séquard, on ne connaît pas encore, même d'une façon approximative, les conditions anatomiques qui déterminent son apparition, et une fois de plus, l'auteur insiste sur l'importance des lésions de l'axe gris dans les cas d'anesthésie intense et durable.

Les lésions de sclérose en plaques, révélées seulement par un examen anatomo-pathologique très complet, présentaient cliniquement une forme fruste abortive.

Ce nouveau travail de Long est digne des autres travaux du même auteur, fait honneur au Maître qui l'a inspiré, et permet de bien augurer de la carrière scientifique du nouveau *privat docent* que la Faculté de Genève a su s'attacher.

XII. — Affections du système nerveux post-traumatiques. par SACHS et FREUND. (Librairie Fischer, Berlin, 1899.

XII. — L'importance du traumatisme dans les affections du système nerveux devient de jour en jour plus grande. Mais les travaux publiés jusqu'ici n'ont toujours envisagé qu'un point de la question si complexe. La saisir dans son ensemble, l'étudier sous toutes ses faces, tel est le but que se sont proposé les auteurs, but qu'ils ont complètement atteint.

Après une introduction sur le sens du mot trauma, sur le rôle général du trauma dans le développement des maladies nerveuses, vient un remarquable chapitre d'anatomie et de physiologie, où sont condensés un grand nombre de renseignements utiles.

Suit un long chapitre de symptomatologie et de mode d'examen du malade, sorte de résumé des symptômes nerveux subjectifs et objectifs, que termine un chapitre très complet de pathogénie. En examinant son malade, le médecin doit toujours se défier d'une simulation possible qu'il s'agit de dépister. Aussi les auteurs s'efforcent-ils à propos de chaque symptome de donner, peut-être parfois d'une façon un peu schématique, le moyen de reconnaître la simulation. Les symptômes connus, il s'agit d'étudier leur mode de groupement; aussi après les complexus symptomatiques non classés, Sachs et Freund étudient le tabes, la syringomyélie, la maladie de Parkinson, etc., et signalent le rôle possible du trauma dans le développement des divers maladies du système nerveux.

La seconde partie de l'ouvrage est consacrée à la pathologie spéciale : trauma du membre supérieur, du membre inférieur, du rachis, du tronc, de l'abdomen, de la tête. Comme névroses traumatiques, les auteurs décrivent avec observations à l'appui, l'hystérie, la neurasthénie, l'hypochondrie et la « névrose de terreur ». Le chapitre se termine sur l'influence du trauma sur les maladies de l'intelligence.

Outre une bibliographie très complète, les auteurs ont annexé une table analytique des matières qui permet de retrouver très facilement tous les renseignements sur un point donné.

Cette trop rapide analyse ne donne qu'un aperçu de ce livre fort documenté, riche en renseignements de toutes sortes, et un des plus complets qui aient été écrits sur le rôle du trauma dans les maladies du système nerveux.

XIII. — Aphasie croisée. — Aphasie avec hémiplégie droite chez un gaucher, par BYROM BRAMWELL. (*Lancet*, 3 juin 1899.)

XIII. — Un gaucher de 36 ans est frappé d'une hémiplégie droite avec aphasie. Avant son attaque il écrivait habituellement de la main droite; après son attaque il présenta surtout de l'aphasie motrice, avec, à un moindre degré, de la surdité verbale, de la cécité verbale et de l'agraphie. — Sous le nom d'aphasie croisée, l'auteur décrit ces formes cliniques où chez un droitier l'aphasie coïncide avec une hémiplégie gauche ; où chez un gaucher l'aphasie accompagne l'hémiplégie droite. Ces variétés sont le plus souvent passagères; mais le fait de Byrom Bramwell démontre qu'elles peuvent persister. Le développement des centres cérébraux est régi d'après l'auteur par trois facteurs : l'hérédité, une aptitude organique congénitale, et l'éducation. L'existense de l'aphasie croisée démontrerait que chez le gaucher qui en est atteint, l'habitude de se servir de la main gauche n'est pas héréditaire mais acquise, et que par suite les centres du langage se sont développés comme chez le droitier dans l'hémisphère gauche.

XIV. — Leçons de clinique médicale; par VIRES. (Librairie Masson, 1900.)

XIV. — Chargé du cours de clinique des maladies des vieillards à l'hospice général de Montpellier, Vires a rassemblé dans ce volume les leçons consacrées aux maladies du système nerveux. Les leçons, précédées d'un sommaire qui permet d'en parcourir rapidement le contenu, sont consacrées d'abord au syndrome de Basedow : l'auteur en place la lésion dans le corps thyroïde. Un cas de paralysie funiculaire du facial sert à poser le diagnostic du siège de la lésion du nerf. Le syndrome Parkinsonien, exagération du tonus normal et trouble de l'équilibration, serait pour Vires le résultat des neurones ponto-bulbaires et cérébelleux, neurones automatiques qui régularisent : 1° l'action excito-inhibitrice qui suit la voie cortico-ponto-médullaire, voie directe; et 2° l'action coordinatrice et de l'équilibre que transmet la voie indirecte cortico-ponto-cérébello-médullaire. Mais ce n'est là qu'une hypothèse qui attend encore d'être définitivement démontrée. Les leçons suivantes sont consacrées aux myélites syphilitiques dont l'auteur met en relief la variabilité classique clinique; au syndrome myxœdème viciation nutritive ayant pour substratum anatomique une lésion du corps thyroïde; enfin au syndrome, crises gastriques. Ecrites dans un style clair et précis, ces leçons sont faciles à lire et à consulter avec fruit.

NÉCROLOGIE. — L'Université de Vienne vient encore de perdre un de ses professeurs. J. GRUBER, le grand auriste, vient de mourir. Né à Kossoloup, en Bohême, en 1827, d'abord *privat docent*, puis professeur extraordinaire en 1873, il créa la clinique otiatrique. Il ne fut professeur en titre qu'en 1889. Ses ouvrages principaux sont une Étude psychologique et anatomique sur le rôle du tympan et de la chaîne des osselets et un Manuel de thérapeutique auriculaire.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Rédacteur spécial : M. LE Dr NOIR.

—

X — Etude sur le Kô-Sam ; par MOUGEOT.
(*Union méd. du N. E.*, 15 mars 1900.)

X. — M. Mougeot a expérimenté en Cochinchine le Kô-Sam, médicament chinois. C'est une graine oléagineuse qui paraît provenir de du Brucea Sumatrana, de la famille des Simarobées. Cette graine est surtout employée par les Chinois et les Annamites contre les hémorragies, et surtout les métrorragies. M. Mougeot l'expérimenta chez une femme à la prison de Saïgon, atteinte de métrorragie, et en même temps de dysenterie, il ne fut pas peu surpris de voir la dysenterie s'améliorer. Il administra le Kô-Sam à d'autres malades atteints seulement de dysenterie, et fut étonné des bons effets qu'il en retirait chez les indigènes. M. Mougeot administra ce médicament à la dose de cinq graines le premier jour, et de six les jours suivants, chez les enfants. Chez les adultes, il débute par dix graines et atteint ensuite douze. Le Kô-Sam détermine parfois des vomissements. Dès le premier jour, le sang disparaît des selles, les douleurs s'apaisent. Le deuxième jour, les mucosités diminuent et la guérison survient les quatrième ou cinquième jour. Il n'y a pas à ordonner de modifications du régime. On doit éviter son emploi chez les femmes durant leurs règles. Outre les vomissements, le Kô-Sam pris à trop forte dose peut determiner de la congestion cérébrale. M. Mougeot l'a expérimenté encore avec succès dans les diarrhées rebelles.

XI. — L'aniodol, nouvel antiseptique ; par SEDAN (de Marseille).
(*Bull. méd.*, du 3 mars 1900.)

XI. — L'aniodol que le Dr Sedan (de Marseille) a minutieusement expérimenté, et que M. Pinard a présenté à la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle est une solution de trimethanal. C'est un bactéricide puissant et, en outre, ce qui n'est pas à dédaigner, un désodorisant. Cette préparation est très stable. On se sert d'aniodol à 1 pour 500 dans la stérilisation des instruments et des mains en chirurgie. Pour les lavages du nez et de la bouche, on l'emploie à 1 p. 2.000, à 1 p. 3.000 ou 1 p. 4.000 dans les pansements des plaies, à 1 p. 3.000 en injection urétrale. Cet antiseptique a l'avantage d'être sans goût. MM. Neveu et Queirel (de Marseille), Forgue (de Montpellier), Mérieux (de Lyon), qui l'ont successivement employé dans des circonstances différentes, en ont obtenu les meilleurs effets, surtout en gynécologie.

XII. — Propriétés hémostatiques de l'eau oxygénée dans les métrorragies, par PLATON. (*Marseille médical*, janv. 1900.)

XII. — Nous avons relaté à diverses reprises les bons effets de l'eau oxygénée dans le traitement de la suppuration des plaies, le Dr Platon, dans deux cas de métrorragies, obtint la guérison assez rapide par des injections d'eau oxygénée à 10 volumes dans l'intérieur de l'utérus au moyen de la seringue de Braun. Dans chaque cas, l'auteur injectait environ 4 c c. d'eau oxygénée et faisait suivre l'injection d'un tamponnement à la gaze salolée.

XIII. — De l'administration des poudres et des liquides par les voies respiratoires, par le Dr LEDUC Nantes, (Gustha 1)

XIII. — Après avoir montré les inconvénients de l'administration des médicaments solides, sous forme de poudre, et les médicaments liquides (huile mentholée, etc.) par les voies respiratoires en insufflations pratiquées par le médecin en s'aidant du laryngoscope, M. le Dr Leduc décrit un procédé qui permet aux malades d'introduire, dans les voies respiratoires, les poudres ou les liquides médicamenteux, sans l'emploi du laryngoscope, sans le concours du médecin, et aussi fréquemment qu'il convient de la prescrire. Ce procédé consiste dans l'emploi d'un tube de verre de six millimètres environ de diamètre inférieur, de vingt à vingt-cinq centimètres de longueur, ayant à l'une de ses extrémités une crosse d'un centimètre de longueur en faisant environ un angle de 100° avec le corps du tube; à quatre centimètres de l'autre extrémité se trouve une courbure d'environ 145°. Pour se servir de ce tube, on répand sur une assiette la poudre à aspirer, le malade le introduit le tube dans la bouche, l'angle de la crosse contre la paroi postérieure du pharynx, la crosse en bas; il applique l'autre extrémité sur la poudre et aspire; la poudre entraînée par le courant d'air pénètre profondément dans les voies respiratoires, ainsi qu'on peut s'en rendre compte par un examen laryngoscopique pratiqué aussitôt après l'aspiration; on voit alors le larynx et la trachée complètement recouverts de poudre; si l'opération est bien faite, la poudre ne se répand ni dans la bouche ni dans le pharynx. Pour l'aspiration des liquides, on fait plonger l'extrémité inférieure du tube dans un verre à liqueur dans lequel on a mis la dose de liquide à aspirer. Dans les maladies du larynx, et en particulier dans la laryngite tuberculeuse, ce procédé a donné des résultats bien supérieurs à ceux de toutes les autres méthodes de traitement employées jusque-là; par l'aspiration pratiquée quatre à six fois par jour de di-iodoforme en poudre fine, la laryngite tuberculeuse, au début et lorsque l'état général est bon, se guérit, dans la dernière période de la phtisie laryngée, ce traitement procure au malade un soulagement qu'ils ne peuvent obtenir autrement : on emploie alors la formule suivante :

Di-iodoforme.	10 grammes.
Chlorhydrate cocaïne . . .	0 gr. 10 centigr.
Chlorhydrate morphine . .	0 gr. 04 —

en poudre impalpable ; quatre à dix aspirations par jour.

Ce mode de traitement permet d'employer toutes les poudres médicamenteuses, salol, calomel, acide borique, etc. On peut également aspirer des liquides variées; huiles mentholées, phéniquées, gaïacolées, cocaïnées, etc.

Toutes les laryngites sont justiciables de ce mode de traitement. Sans autre modification dans le régime et le traitement que l'aspiration de poudres ou de liquides, l'état des bronches, des poumons, et l'état général s'améliore notablement; ce qui peut être attribué à l'amélioration du larynx; mais ce qui peut aussi être dû à la pénétration des médicaments dans les bronches, dans les alvéoles pulmonaires et dans la circulation générale; il est évident que les médicaments solubles peuvent être absorbés par cette voie; l'anthracose et la sidérose montre que les poussières insolubles absorbées avec l'air inspiré peuvent pénétrer à travers les plus fines ramifications bronchiques jusqu'aux alvéoles pulmonaires; il doit donc en être ainsi des poudres médicamenteuses insolubles introduites dans les voies respiratoires.

XIV. — Traitement de la chorée de Sydenham par le cacodylate de soude; par GARANT et BELBEZE.
(*Loire Medicale*, mars 1900.)

XIV. — M. Garaud, médecin des hôpitaux de Saint-Etienne, et son interne, M. Belbèze, publient dans la *Loire médicale* du 15 mars, trois observations de chorée de Sydenham, guérie par le cacodylate de soude. Les auteurs ont administré le médicament par voie rectale, se servant de la solution :

Cacodylate de soude 0 gr. 50 ;
Eau distillée 200 gr.

Durant les cinq premiers jours, les malades recevaient une injection de cinq grammes de la solution ci-dessus, puis deux injections à la même dose durant les cinq jours suivants, puis, enfin, trois injections pendant les autres cinq jours. Un repos de cinq jours était suivi d'une autre série semblable d'injections. La guérison s'est maintenue et les malades n'ont jamais manifesté le moindre signe d'intolérance (1).

XV. — Traitement des infections broncho-pulmonaires de l'enfance, par le créosotal; par M. LOISEL.
(*Normandie médicale*, 1er mars 1900.)

XV — M. Loisel, après MM. Cassonte et Fournier, et le Pr Landouzy a expérimenté le créosotal dans les affections broncho-pulmonaires de l'enfance. Il donne, avant un an, 0 gr. 25 à 1 gramme de créosotal ; de 1 à 4 ans, 1 à 4 grammes : de 4 à 7 ans, de 4 à 5 grammes ; de 7 à 10 ans, de 5 à 6 grammes. Il a pu même aller jusqu'à 10 grammes sans accidents. Il le prescrit dans une émulsion gommeuse de 10 grammes, à prendre en 24 heures, en deux ou quatre fois dans du lait

(1) Nous appelons, à ce propos, l'attention de nos lecteurs sur la première page des annonces de ce numéro. (*Administration*).

chaud. Il a obtenu des résultats satisfaisants quand la toux est quinteuse et continue, quand il y a insomnie et vomissements. L'effet est d'autant plus marqué que l'infection est plus légère et plus récente.

BIBLIOGRAPHIE

Atlas-Manuel des bandages, pansements et appareils, par A. Hoffa, Privat-docent de l'Université de Würzbourg (Edit. française par Paul Hallopeau, interne des hôpitaux de Paris, J.-B. Baillière, édit.)

Le nom d'un chirurgien de la valeur et de l'expérience d'Hoffa, en tête d'un ouvrage d'enseignement consacré aux bandages, pansements et appareils, pouvait, dès le premier abord, faire présumer que cet ouvrage devait être autre chose qu'un traité quelconque consacré à ces sujets par un auteur même autorisé, mais non rompu comme l'est le professeur de Würzbourg à toutes les difficultés et à tous les artifices de la chirurgie orthopédique, c'est-à-dire de la branche de la chirurgie qui exige plus que toute autre la connaissance approfondie des bandages et appareils. Et de fait, la lecture de cet Atlas-Manuel confirme cette présomption, et l'œuvre répond pleinement, par son importance et son caractère pratique, à ce que promettait le nom de son auteur.

Cet ouvrage est divisé en six parties. Dans la première, consacrée aux bandages simples, sont décrits successivement les *bandages faits avec des bandes et les bandages pleins*, avec leurs applications aux diverses parties du corps exposées dans des chapitres particuliers. Hoffa ne dédaigne pas d'entrer dans des détails minutieux sur l'application des bandes, indiquant la manière de rouler la bande, d'en fixer le chef initial, de la conduire convenablement pour exécuter des renversés corrects... etc.; bref, il guide, en quelque sorte, la main du débutant, de façon à lui épargner les fautes décourageantes des premiers essais. Les bandages qu'il décrit sont, à de rares exceptions près, ceux qui ont une réelle valeur pratique; il en laisse de côté un bon nombre d'autres, qui ont pu avoir leur utilité autrefois, mais qui maintenant ne peuvent plus guère être admis qu'à titre d'exercices. Il a fait une semblable sélection entre les bandages pleins, en ne conservant, dans les chapitres qu'il leur consacre, que ceux qui sont susceptibles de rendre de réels et sérieux services au chirurgien. Dans la deuxième partie sont étudiés les petits pansements, les grands pansements en général, avec le pansement typique de Lister et les modifications qu'on y a apportées, et enfin, les grands pansements des diverses parties du corps. Dans la troisième partie viennent les appareils de soutien: coussins, boîtes, plans inclinés, lits d'immobilisation et gouttières. La quatrième partie, plus étendue de beaucoup, et fort instructive, est consacrée aux appareils d'immobilisation, rangés sous deux chefs: appareils à attelles, en bois, en carton, en métal, en tissus plastiques, et appareils durcissants, classés en deux catégories, les uns à durcissement rapide, les autres à durcissement lent. On trouvera, en particulier, dans le chapitre consacré à ces derniers, d'utiles renseignements et des indications bien explicites sur les détails de la confection d'un certain nombre d'appareils peu connus et peu employés chez nous, et l'on pourra rencontrer, dans les hasards de la pratique, des occasions où l'on sera heureux de posséder ces notions et d'être à même de les mettre à profit: en matière d'appareils, on n'a jamais trop de cordes à son arc.

La cinquième partie a trait aux appareils d'extension: extension au moyen de poids, au moyen d'appareils contentifs, au moyen d'attelles et d'appareils. Enfin, dans la sixième partie, très courte, sont énumérés et sommairement décrits les bandages compressifs, et les bandages unissants applicables particulièrement au traitement des fractures de la rotule.

Notre jeune confrère P. Hallopeau a eu la bonne pensée de compléter sa traduction française de l'Atlas-Manuel d'Hoffa, par quelques additions heureuses concernant le corset de Sayre, l'appareil à coxalgie de Lannelongue, les appareils d'Hennequin pour les fractures de cuisse et les fractures de bras, etc.

Les planches en couleur qui accompagnent le texte de l'ouvrage et justifient son titre d'Atlas-Manuel sont à l'avenant de ce texte, qu'elles traduisent en détail. Elles sont très nombreuses, — il y en a 128, plus 18 gravures intercalées dans le texte, — grandes, bien claires, et comprises de façon à bien mettre en relief l'application, même dans ses parties les plus élémentaires, des indications techniques formulées dans les articles correspondants, et l'on en voit souvent plusieurs de suite consacrées à un même bandage ou appareil pour les différents temps de son application. L'image vient donc ici largement en aide au texte, pour éviter à l'élève les tâtonnements fastidieux des débuts, et pour permettre au praticien soit de se remémorer d'un coup d'œil un bandage dont le souvenir précis lui faisait défaut à un moment donné, soit de s'inspirer au besoin, en vue de quelque cas particulier, des procédés ou appareils divers et de leurs variantes, susceptibles de répondre aux exigences de ce cas, et sur la valeur et la réalisation desquels il se fixera ensuite définitivement en se reportant au texte.

En résumé, l'Atlas-Manuel d'Hoffa nous paraît mériter toute l'attention du public chirurgical, par sa valeur propre d'abord, ensuite, par la clarté de la traduction et par l'heureux choix des additions de M. P. Hallopeau, et enfin par le soin qu'ont eu les éditeurs de présenter ce bon ouvrage sous une fort belle forme. Et nous considérons ce livre comme ayant sa place toute désignée dans la bibliothèque de l'étudiant, aussi bien que dans celle du praticien, en bon rang à côté de nos classiques nationaux consacrés aux mêmes matières.

Ch.-H. Petit-Vendol.

Les loisirs d'un praticien. Petites chroniques médicales, par le Dr H. Pauthier (de Senlis). (Soc. d'éd. scient., 1899.)

Le Dr Pauthier a réuni, sous ce titre, un certain nombre d'articles de vulgarisation médicale parus dans divers journaux, et comme le dit le Dr Monin dans la préface de ce petit livre, cette vulgarisation est vraiment saine et assimilable. L'auteur ne publie pas des recettes, n'engage pas ses lecteurs à faire des quarts ou des dixièmes de mauvais médecins et de dangereux inconscients, il n'aborde guère que des sujets d'hygiène et de prophylaxie, tels *Hygiène et sécurité dans les théâtres*, aujourd'hui bien d'actualité, où M. Pauthier rappelle les modifications nécessaires pour éviter les catastrophes en cas d'incendie; l'*Hygiène chez le coiffeur*, sujet qui mérite aussi l'attention, les *Vendanges et la cure de raisin*, *Tuberculose et wagons-lits*, etc., etc. Ecrites d'une plume alerte et largement assaisonnées de sel gaulois, les petites chroniques du Dr Pauthier, bien que destinées au public, feront encore passer d'agréables instants à ses confrères et il convient de remercier le praticien qui a su si bien occuper ses loisirs.

J. N.

VARIA

CONGRÈS DE 1900.

IIe Congrès international de l'hypnotisme expérimental et thérapeutique.

(*Paris*, 12-16 *août* 1900.)

Le premier Congrès international de l'*Hypnotisme expérimental et thérapeutique* qui s'est réuni en 1889, à l'Hôtel-Dieu, sous la présidence de M. Dumontpallier, membre de l'Académie de médecine, avait confié à une commission composée de MM. Dumontpallier, Bérillon, Gilbert-Ballet, Bernheim, Grasset, Liégeois, Auguste Voisin, Ladame (de Genève), Masoin (de Louvain), le soin d'organiser le Congrès suivant. Cette commission ayant délégué ses pouvoirs au bureau de la Société d'hypnologie, cette société s'est réunie en assemblée générale le 16 mai 1898, et a exprimé le vœu que le second Congrès de l'Hypnotisme expérimental et thérapeutique eût lieu à Paris, au mois d'août 1900, immédiatement après la clôture du Congrès international de médecine. Se conformant à ce vœu la Commission supérieure des Congrès a décidé de rattacher le second Congrès international de l'Hypnotisme à la série des Congrès de l'Exposition et M. le Commissaire

général a nommé une commission d'organisation. Cette Commission, convoquée par M. le Pr Gariel, délégué principal pour les Congrès, s'est réunie le 17 avril 1899. Elle a constitué son bureau, institué un comité de patronage, mis à l'ordre du jour un certain nombre de questions générales et fixé l'ouverture du Congrès au dimanche 12 août 1900, à 3 heures, au Palais des Congrès de l'Exposition.

Exposé. — En conviant au *deuxième Congrès international de l'Hypnotisme expérimental et thérapeutique* les savants français et étrangers qui s'intéressent au progrès de l'Hypnotisme, les organisateurs rappellent que le premier Congrès a réuni en 1889 un nombre considérable de médecins, de professeurs de philosophie, de magistrats, d'avocats et de sociologues et que les communications ont donné lieu à des débats fort importants. Tous ceux qui ont pris part aux travaux de ce Congrès se souviennent de l'esprit de concorde et de progrès qui a animé les congressistes pendant la durée de ces assises mémorables.

Le deuxième Congrès aura pour but principal : 1° De fixer d'une façon définitive la terminologie de la science de l'hypnotisme; 2° d'enrégistrer et de déterminer les acquisitions faites jusqu'à ce jour dans le domaine de l'hypnotisme.

Pour conserver au Congrès son caractère exclusivement scientifique, le Comité n'acceptera que les communications se rapportant aux applications cliniques, médico-légales, physiologiques, pédagogiques et sociologiques de l'hypnotisme et des phénomènes qui s'y rattachent. Le but du second Congrès de l'hypnotisme est ainsi nettement tracé. Il est donc entendu que le Congrès de l'hypnotisme n'empiétera sur aucun des domaines réservés à d'autres congrès se réunissant vers la même époque. La réunion du Congrès suivra presque immédiatement celle du Congrès international des sciences médicales.

Toutes les communications relatives au Congrès, demandes d'admission, ouvrages, manuscrits et imprimés, etc., doivent être adressés à M. le Dr Bérillon, secrétaire général, 14, rue Taitbout, à Paris (Téléphone 224-01.)

Questions mises à l'ordre du jour. — I. Rédaction d'un vocabulaire concernant la terminologie de l'hypnotisme et des phénomènes qui s'y rapportent. *Rapporteurs* : M. Bérillon, M. Farez (Paul). — II. Les rapports de l'hypnotisme avec l'hystérie. *Rapporteurs* : M. Magnin (Paul), M. Crocq (de Bruxelles). — III. Les applications de l'hypnotisme à la thérapeutique générale. *Rapporteur* : M. Milne Bramwell (de Londres). — IV. Les indications de l'hypnotisme et de la suggestion dans le traitement des maladies mentales et de l'alcoolisme. *Rapporteurs* : M. Tokarsky (de Moscou), M. Lloyd Tuckey (de Londres). — V. Les applications de l'hypnotisme à la pédagogie générale et à l'orthopédie mentale. *Rapporteur* : M. Bérillon. — VI. Valeur de l'hypnotisme comme moyen d'investigation psychologique. *Rapporteurs* : M. Vogt (de Berlin), M. Farez (Paul), M. Regnault (Félix). — VII. L'hypnotisme devant la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine. — Intervention des pouvoirs publics dans la réglementation de l'hypnotisme. *Rapporteurs* : M. Lemesle (Henry), M. Julliot (Ch.), docteur en droit. — VIII. La suggestion et l'hypnotisme dans leurs rapports avec la jurisprudence. *Rapporteurs* : M. von Schrenk-Notzing (de Munich), M. Joire (Paul), (de Lille). — IX. Responsabilités spéciales résultant de la pratique de l'hypnotisme expérimental. *Rapporteur* : M. Boirac.

Congrès international d'électrologie et de radiologie médicales.

(*Paris, 27 juillet-1er août* 1900.

Ce congrès est placé sous le haut patronnage de : MM. le Dr J. Althaus (de Londres) ; — les Prs d'Arsonval; — Benedikt (de Vienne); — Erb (d'Heidelberg); — Gariel ; — Kronecker (de Berne) ; — M. Liard (Louis) directeur de l'enseignement supérieur; — MM. les Prs de Renzi, sénateur du royaume d'Italie ; — Röntgen ; — M. Solvay (E.) (de Bruxelles); — Tigerstedt (de Stockholm) ; — le Dr Tripier (de Paris).

Ce Congrès comprendra, en dehors des communications personnelles qui seront faites par les adhérents, la discussion des questions suivantes qui sont mises à l'ordre du jour : « La loi de du Bois-Reymond », rapport : M. le Pr Dubois (de Berne); — « Indications générales de la galvanisation et de la faradisation », rapporteur : M. le Dr J. Althaus (de Londres) ; — « Indications générales de la franklinisation », rapporteur : M. le Dr A. Tripier ; — « Electrothérapie et suggestion », rapporter : M. le Pr Eulenburg (de Berlin) ; — « Traitement franklinien des dermatoses », rapporteur : M. le Dr Chatzky, professeur agrégé à l'Université de Moscou ; — « Traitement électrique des névralgies », rapporteur : M. le Pr S. Leduc (de Nantes) ; — « L'électrolyse dans le traitement des fibromes utérins », rapporteur : M. le Pr F. La Torre (de Rome) ; — « Propriétés physiologiques et thérapeutiques des courants de haute fréquence et de haute tension », rapporteurs : M. le Pr E. Doumer (de Lille), et M. le Dr P. Oudin ; — « Syndrome électrique de la paralysie faciale », rapporteur : M. le Pr Wertheim-Salomonson (d'Amsterdam). — « Applications des rayons X à la dermatologie », rapporteur : M. Dr Schiff, professeur agrégé à l'Université de Vienne ; — « Du diagnostic des affections thoraciques à l'aide des rayons X, rapporteur : M. le Dr Béclère; — « Propriétés physiologiques et thérapeuques de l'ozone », rapporteur : M. le D. Labbé.

Des visites aux expositions particulières des constructeurs électriciens seront organisées par les soins de la Commission. Seront membres du Congrès les personnes qui auront adressé leur adhésion au secrétatiat de la Commission d'organisation avant l'ouverture de la session. Tous les membres du Congrès acquitteront une cotisation dont le montant est fixé à 25 fr. ; dans ce prix est comprise la distribution de toutes les publications du Congrès.

Pour faciliter notre travail d'organisation, nous serions heureux de connaître le plus tôt possible le nombre approximatif des adhésions. Nous espérons que vous voudrez bien nous apporter votre précieux concours, et, à cet effet, nous vous prions de vouloir bien nous retourner le bulletin d'adhésion, ci-inclus, revêtu de votre signature.

Pour la Commission d'organisation : *Le secrétaire général*, le Pr E. Doumer. — *Le Président* : Dr. G. Weis.

N. B. — A l'exception des adhésions, qui doivent être adressées à M. le Dr A. Moutier, rue Miromesnil, 11, à Paris, toutes les communications et toutes les demandes de renseignements relatives au Congrès doivent être adressées à M. le Pr E. Doumer, secrétaire général, rue Nicolas-Leblanc, 57, Lille.

Congrès d'histoire comparée.

Ce Congrès, qui doit se réunir du 23 au 29 juillet 1900, comprend une 5e section, celle relative à l'histoire des sciences qui intéressent les médecins. Au nombre des questions du programme de cette section, nous remarquons les suivantes : Documents nouveaux sur l'histoire de l'hygiène dans l'antiquité. — Histoire de la médecine en Europe pendant le moyen âge. — Documents relatifs à l'histoire de la médecine chez les peuples non européens. — De l'influence réciproque que les doctrines médicales et les doctrines scientifiques ont exercé les unes sur les autres. — Histoire de la philosophie des sciences. — Ce programme nous paraît des plus intéressants. S'adresser, pour renseignements, à M. le Dr Sicard de Plauzoles, secrétaire, rue Saint-Dominique, 124; et à M. le comte de Tarade, rue Cambon, 45.

Les médecins au Conseil supérieur de la mutualité.

Après la lecture d'un rapport présenté par M. Mirouel, au nom de la section permanente, le Conseil supérieur des Sociétés de secours mutuels a examiné les vœux formulés par M. Pouliot, délégué des Syndicats médicaux à ce Conseil. Il est regrettable que ces vœux aient été écartés sans examen suffisant, car ils étaient dictés par le souci de la justice et le désir d'empêcher les Sociétés de secours mutuels d'être la proie de gens riches et indélicats qui exploitent la mutualité dont la porte devrait leur être fermée autant que celle de l'Assistance. Voici le passage du rapport de M. Mirouel, ayant trait aux vœux du Dr Pouliot :

1er *vœu*. — « Etablir d'une façon très formelle, dans les statuts modèles des Sociétés de secours mutuels, qui n'en font pas mention actuellement, l'impossibilité pour les gens notoirement au-dessus du besoin, d'être reçus comme membres participants aux avantages de la Société et notamment au service médical à prix réduit. Ces postulants seraient d'emblée membres honoraires. »

Considérant que l'article 3 de la loi du 1er avril 1898 ne fait aucune restriction au sujet de l'admission des membres participants ; considérant qu'il est matériellement impossible d'établir d'une façon certaine la situation de fortune des personnes demandant à entrer dans une Société de secours mutuels ; considérant que toute enquête faite en vue de s'assurer du degré de fortune d'un membre postulant revêtirait un caractère inquisitorial et vexatoire susceptible de nuire au recrutement des sociétaires ; par ces motifs ; la section émet l'avis qu'il n'y a pas lieu de prendre le vœu en considération

2e *vœu*. — « Etablir également l'impossibilité pour les sociétaires participants depuis un temps plus ou moins long et devenus riches, de continuer à rester dans la même catégorie de mutualistes. Ils deviendraient membres honoraires comme les précédents, avec la faculté pour les deux de devenir participants s'ils tombaient dans la gêne pour n'importe quelle cause. »

Considérant que le premier paragraphe du présent vœu n'est que la reproduction, sous une autre forme, du vœu précédent, il y a lieu, par conséquent, d'apporter les mêmes motifs de rejet; considérant que quand bien même la situation d'un sociétaire aurait changé depuis son admission, ce sociétaire a acquis des droits qu'il est impossible de lui faire abandonner en dehors de sa propre volonté; considérant que le paragraphe 1er de l'article 3 de la loi du 1er avril 1898, qui permet aux Sociétés de secours mutuels d'insérer dans leurs statuts que les membres participants à la suite de revers de fortune prévoit le cas énoncé dans la seconde partie du paragraphe 2 de ce vœu. La section émet l'avis qu'il n'y a pas lieu de le prendre en considération.

3e *vœu*. — « Bien établir aussi, avec insistance, dans les statuts modèles, qu'aucune Société ne sera autorisée ou tolérée si elle n'a pas de ressources suffisantes pour subvenir à toutes les obligations qu'elle veut s'imposer. »

La section, considérant qu'une société dont les ressources seraient insuffisantes à assurer le bon fonctionnement de son service médical ne saurait subsister et disparaîtrait forcément, émet l'avis qu'il n'y a pas lieu de retenir ce vœu.

4e *vœu*. — « Déclarer le paiement des honoraires médicaux à la visite comme le type vers lequel toutes les Sociétés anciennes doivent tendre et auquel doivent se soumettre les Sociétés nouvelles. Le prix de la visite serait à un taux minime, mais supérieur à celui de l'assistance médicale gratuite. »

La section, considérant que la loi du 1er avril 1898 est une loi de liberté et qu'il serait imprudent d'intervenir dans l'administration des Sociétés de secours mutuels sans violer le principe même de la loi ; considérant que le système des honoraires à l'abonnement ou à la visite est subordonné à la localité où se trouve le siège de la Société, à la volonté des sociétaires et des médecins, de même qu'à la quantité et au groupement de ces sociétaires et aux risques inhérents à leur profession, émet l'avis qu'il n'y a pas lieu de prendre ce vœu en considération.

5e *vœu*. — « Demander une surveillance très active pour que les Sociétés ne puissent pas violer les statuts et dépasser leur but déclaré. »

La section, considérant que l'article 30 de la loi du 1er avril 1898 donne satisfaction aux *desiderata* contenus dans le présent vœu, émet l'avis qu'il n'y a pas lieu de l'examiner et par conséquent de le prendre en considération.

Une perle.

Le Ministre de la Guerre vient d'adopter des dispositions en vue de récompenser les médecins et les vétérinaires, qui assurent gratuitement le service de la gendarmerie. Nous publions *in extenso* l'entrefilet du *Temps* qui les relate, craignant, par une analyse, d'en diminuer la saveur :

« L'attention du Ministre de la Guerre a été appelée sur les conditions dans lesquelles fonctionnent le service médical et le service vétérinaire dans la gendarmerie. En vue de remédier aux inconvénients signalés, il a adopté les conclusions suivantes :

Les médecins et pharmaciens civils qui donnent gratuitement des soins ou des médicaments à la gendarmerie, ainsi que les vétérinaires civils qui soignent sans rétribution les chevaux de l'arme, peuvent être proposés pour les récompenses suivantes : 1° après dix ans de services gratuits, une lettre d'éloges conférant le titre de médecin, pharmacien ou vétérinaire de la gendarmerie ; 2° après quinze ans, une médaille de bronze; 3° après vingt ans, une médaille d'argent; 4° après vingt-cinq ans, une médaille de vermeil; 5° après trente ans, la croix de chevalier de la Légion d'honneur. En cas de services exceptionnels, les limites de temps indiquées ci-dessus seront diminuées.

Des décorations de l'Instruction publique et du Mérite agricole pourront être demandées, de temps à autre, pour les médecins, pharmaciens et vétérinaires signalés par l'autorité militaire. »

Nous n'avons pas, à Paris, l'avantage d'avoir à soigner la gendarmerie, mais au cas échéant nous aurions préféré un simple remerciement de Pandore que la lettre d'éloges de M. le Ministre au bout de dix ans, sa médaille de bronze au bout de quinze ans et sa croix de chevalier après trente ans.

M. le Ministre a raison ; pour assurer le service médical de ses gendarmes, il compte sur la bêtise humaine. C'est un profond philosophe. « Général, répondrait Pandore, Général, vous avez raison ! »

Erreurs professionnelles.

Nous lisons dans le *Temps* du 3 avril :

« Le tribunal correctionnel de Saint-Lô a rendu hier son jugement dans l'affaire d'homicide par imprudence dont fut victime, en novembre dernier, M. Gouet, attaché au ministère de la marine à Paris, à la suite de l'absorption d'un médicament qu'il avait emporté avec lui. M. Gouet était venu passer deux mois de congé chez ses enfants à Saint-Lô, afin de rétablir sa santé ébranlée, et le médicament en question lui avait été délivré dans la pharmacie D.., de Paris, sur une ordonnance de M. T..., docteur-médecin, habitant également à Paris.

« Mais, par une erreur fatale, au lieu d'un purgatif qu'il avait l'intention d'ordonner, le médecin avait écrit sur son ordonnance : « 20 grammes de teinture de Baumé à prendre dans une « tasse de thé. »

« Ce poison fut absorbé par M. Gouet, conformément aux prescriptions de l'ordonnance, et le malade tomba aussitôt foudroyé dans les bras de sa femme.

« Le médecin, auteur principal de l'erreur, le propriétaire de la pharmacie, qui avait livré le médicament et l'aide qui l'avait préparé, étaient donc poursuivis comme auteurs par imprudence de la mort de M. Gouet. Le tribunal a condamné le médecin, M. T.., à 500 francs d'amende et 7.500 francs de dommages-intérêts; le pharmacien, M. D..., à 400 francs d'amende et 6.000 francs de dommages-intérêts, et enfin l'aide-pharmacien à 100 francs d'amende. »

D'autre part, la première chambre du tribunal de la Seine, présidée par M. Dubost, vient de juger un intéressant procès, portant encore sur une erreur pharmaceutique.

M. le Dr B... absorba un petit verre d'une potion préparée sur son ordonnance. Pour démontrer à un de ses clientes qui se prétendait très fatiguée par suite de la prise d'une potion, que le médicament était inoffensif, mal lui en prit, car il fut sérieusement malade. Il poursuivit l'élève-pharmacien qui s'était trompé dans le dosage et le pharmacien civilement responsable, réclamant 5.000 francs de dommages-intérêts, le tribunal lui en a accordé 500, jugeant qu'il y avait bien eu faute de l'élève et que le pharmacien était responsable, mais il reproche au médecin d'avoir écrit au crayon, d'une façon assez illisible, son ordonnance, et ensuite de ne pas avoir réfléchi, avant de boire, que sa cliente avait été indisposée par la potion, ce qui aurait dû le rendre plus prudent.

Tentative de meurtre par un aliéné à l'asile de Bicêtre.

Le 24 mars, un aliéné réputé dangereux, détenu à la sûreté de Bicêtre, demandait à voir le médecin, M. le Dr Féré. Il se répandit en menaces contre M. Féré et le personnel. Mais séparé du médecin par une balustrade, il ne put se livrer à des voies de faits. Reconduit à la Sûreté par un surveillant et un infirmier, il sortit brusquement de sa poche un long couteau qu'il plongea dans le ventre de ce dernier. Le surveillant, aidé d'un interne, M. Aubard, et de deux autres infirmiers, accourus aux cris du blessé, parvint à maîtriser et à désarmer le malade. Heureusement, la blessure n'a pas toute la gravité qu'on aurait pu tout d'abord craindre.

Il résulte de l'enquête faite que cet aliéné, très dangereux, avait été envoyé à la Sûreté de Bicêtre de l'asile d'Aix (Bouches-du-Rhône) où on ne pouvait le maintenir, qu'il a fait à la Sûreté plusieurs tentatives d'évasion et qu'il était bien fermement décidé à tuer le médecin qu'il considère comme l'auteur de son internement. Comment, malgré la surveillance spéciale qu'on exerçait sur lui, a-t-il pu se procurer un couteau? C'est ce que l'on n'a pu arriver à déterminer.

Le secret professionnel à la Cour de cassation.

La Cour de cassation, chambre criminelle, est saisie d'une question qui présente, en matière de droits de la défense, un intérêt considérable.

Elle s'est posée dans les circonstances suivantes : Il y a quelque temps, le tribunal de Lure avait à juger une fille Girard, poursuivie pour suppression d'enfant. Parmi les témoins entendus, soit à l'instruction, soit dans les débats publics, figurait une sage-femme. C'est dans les déclarations de cette sage-femme, qui déposa librement, sans opposition du ministère public ni de la défense, que la prévention trouva les éléments à l'aide desquels la condamnation fut obtenue. La fille Girard fit appel, et, devant la cour de Besançon, son avocat déposa les conclusions par lesquelles il demanda qu'il ne fût fait état ni des déclarations écrites, ni des déclarations orales de la sage-femme, comme ayant été faites en violation du secret professionnel. La Cour admit ces conclusions et, attendu qu'en dehors des déclarations écartées, la prévention n'était pas suffisamment établie par autre chose, elle acquitta. Le procureur général près la cour de Besançon s'est pourvu contre cet arrêt, pour que la Cour de cassation soit mise en situation de se prononcer sur la question de savoir si elle entend maintenir la jurisprudence antérieure, qui laissait à la seule conscience du témoin le soin de décider si le secret professionnel lui faisait — ou non — un devoir de garder le silence. Le conseiller Boulloche fera le rapport dans cette affaire, qui sera très prochainement examinée par la Cour suprême et l'avocat général Feuilloley donnera ses conclusions comme ministère public. (*Trib. méd.*)

Les Épidémies.

La méningite cérébro-spinale à Arras.

De l'enquête de M. le médecin inspecteur général Dujardin-Beaumetz, il résulte que l'épidémie de *grippe* d'Arras s'est compliquée d'une épidémie de *méningite cérébro-spinale*. M. Viseur, sénateur, a questionné le Ministre de la Guerre et demandé l'évacuation des casernes. Les journaux du 5 avril annoncent que les décès dus à l'épidémie de *méningite* s'élèvent à neuf et que le Ministre a ordonné d'accorder aux hommes de la garnison d'Arras des permissions de quinze jours.

Le droit des pauvres et les cérémonies religieuses.

La Commission administrative des hospices de Toulon, à l'unanimité des membres présents, vient d'émettre le vœu suivant :

La Commission administrative des hospices civils, soucieuse des intérêts des établissements d'assistance publique :

Considérant que nul entrepreneur de fêtes et réjouissances publiques, de quelque ordre qu'elles soient, patronnées ou non par l'Etat, ne doit se soustraire à la perception du droit des pauvres; considérant que le Conseil d'Etat a rendu plusieurs arrêts annulant cette perception, notamment celui du 2 novembre 1806, touchant les cérémonies religieuses; celui du 7 mai 1857 concernant l'Exposition universelle, celui du 13 juin 1873, relatif aux courses de chevaux, et celui du 13 juillet 1888 ayant trait au Salon annuel de peinture; considérant que ces restrictions portent un préjudice considérable aux pauvres qui, faute de ressources suffisantes, ne peuvent toujours être secourus aussi efficacement que les lois humaines et les considérations sociales l'exigeraient;

Emet le vœu que le Gouvernement de la République présente à l'approbation des Chambres une loi nouvelle permettant d'exercer ce droit dans toute son étendue; que cette loi soit présentée et votée d'urgence afin qu'elle puisse être promulguée et appliquée dès l'ouverture de l'Exposition.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

Lundi 23 — 1er *de Doctorat* (1re *série*) : MM. Poirier, Rémy, Retterer. — (2e *série*) : MM. Tillaux, Sébileau, Launois. — 3e *de Doctorat*, oral (2e *partie*). Nouveau régime : MM. Hayem, Fournier, Heim. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Delens, Legueu, Mauclaire. — (2e *série*) : MM. Kirmisson, Lejars, Walther. — (2e *partie*) : MM. Brissaud, Dejerine, Gaucher.

Mardi 24. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*). Anatomie pathologique : MM. Cornil, Hanriot, Roger. — 1er *de Doctorat*. (1re *série*) : MM. Le Dentu, Thiéry, Langlois. — (2e *série*) : MM. Rémy, Quénu, Albarran. — 2e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Mathias-Duval, Poirier, Brun. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Debove, Raymond, Marfan — (2e *série*) : MM. Grancher, Hutinel, Thiroloix. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Chantemesse, Chassevant. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Berger, Schwartz, Faure. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Jaccoud, Ménétrier, Dupré. — (2e *série*) : MM. Dieulafoy, Joffroy, Charrin. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Budin, Bonnaire, Wallich.

Mercredi 25. — Médecine opératoire : MM. Kirmisson, Broca (Aug.), Walther. — 1er *de Doctorat*. (1re *série*) : MM. Poirier, Retterer, Gley. — (2e *série*) : MM. Rémy, Sébileau, Heim. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Hanriot, Wurtz. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Delens, Delbet, Mauclaire. — (2e *série*) : MM. Tuffier, Jalaguier, Lejars.

Jeudi 26. — Médecine opératoire : MM. Guyon, Le Dentu, Faure. — 1er *de Doctorat* (1re *série*) : MM. Mathias-Duval, Quénu, Thiéry. — (2e *série*) : MM. Rémy, Brun, Poirier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Berger, Schwartz, Bonnaire. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Debove, Chantemesse, Charrin. — (2e *série*) : MM. Dieulafoy, Widal, Thiroloix. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Raymond, Thoinot.

Vendredi 27. — 1er *de Doctorat* (1re *série*) : MM. Jalaguier, Gley, Sébileau. — (2e *série*) : MM. Poirier, Lejars, Legueu. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Potain, Brissaud, Wurtz. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Thoinot, Widal. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Tillaux, Kirmisson, Broca (Aug.). — (2e *série*) : MM. Delens, Delbet, Mauclaire. — (2e *partie*) : MM. Grancher, Déjerine, Gaucher. — (Ire *partie*). Obstétrique : MM. Pinard, Varnier, Lepage.

Samedi 28 — 1er *de Doctorat* (1re *série*) : MM. Mathias-Duval, Quénu, Thiéry. — (2e *série*) : MM. Rémy, Poirier, Faure. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Joffroy, Hutinel, Marfan. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Ménétrier, Langlois. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Dieulafoy, Achard, Dup[illegible]. — (2e *série*) : MM. Raymond, Roger, Vaquez. — (Ire *partie*). Obstétrique : MM. Budin, Bonnaire, Wallich.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Mercredi 25. — M. Albert. Quelques considérations sur la pathogénie et le traitement de la tuberculose pulmonaire chez les syphilitiques. — M. Lucasset. Etudes sur une forme myélopathique du blennorhumatisme. — Mlle Kahnne. Contribution à l'étude [illegible] de la syphilis héréditaire précoce. — M. The[illegible]. Structure fine des cellules glandulaires à l'état pathologique. — M. Jacobson. Contribution à l'étude de l'origine bucco-naso-pharyngienne de la méningite. — M. Falcech. Des épanchements hémorragiques de la plèvre. Étiologie, pathogénie, évolution anatomique. — M. Martin. Du tatouage et du détatouage, leurs rapports avec l'aliénation mentale. — M. Le Gueut. De la luxation interchondrale. — M. Levy. Les bouffées de chaleur de la ménopause opératoire. — M. Depoully. L'eau dans les logements ouvriers. — M. P[illegible] Aurntel. La coqueluche chez les vieillards. — M. R[illegible]. De l'association du trional avec le paraldéhyde. — M. [illegible]. Contribution à l'étude clinique du traitement de l'infection puerpérale. — M. Audion. Contribution à l'étude de l'ombilic et des infections ombilicales chez le nouveau-né.

Enseignement médical libre.

Maladies des yeux. — Clinique du Dr Kœnig, 5, rue du Cherche-Midi. Consultations gratuites tous les jours de 1 à 3 heures. Examen des malades à l'ophtalmoscope. La clinique est ouverte à tous les docteurs et étudiants en médecine.

Maladies des oreilles, du nez, de la gorge et du larynx. — La clinique du Dr C. Miot est transférée, rue Dauphine, 16. Consultations gratuites le mardi de midi à 2 heures; particulières, le lundi soir de 9 h. à 10 h., le jeudi, de midi à 2 heures.

Electricité médicale. — Le Dr L.-R. Regnier, chef du laboratoire d'électrothérapie de la Charité : conférences théoriques et cliniques hebdomadaires le dimanche à 10 h. 1/2, au laboratoire.

FORMULES

XVIII. — Contre les palpitations cardiaques.

Bromure de sodium.	5 grammes.
Teinture de veratrum viride. . .	L gouttes.
Sirop d'écorces d'oranges. . . .	50 grammes.
Eau distillée. . . . . Q. S. p.	150 c.c.

2 cuillerées à soupe par jour. (Kalb).

XIX. — Contre les hémorrhoïdes.

Teinture d hydrastis canadensis . .	5 grammes.
— de viburnium prunifolium.	5 —
— d'hamamelis virginica . .	10 —
— de marron d'Inde. . . .	10 —

XV gouttes avant le repas, dans un peu d'eau sucrée, trois fois par jour. (Starr).

XX. — Contre la goutte et le rhumatisme chronique.

Acide salicylique	3 gr. 50 centigr.
Colchicine	0 — 005 milligr.
Iode.	1 gramme.
Eau distillée. . Q. S. pour	100 —

A prendre, en un jour, jusqu'au calme; puis n'en prendre que 60 grammes en 24 heures jusqu'à la guérison.

(Chevrier et Christianens).

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 25 mars au samedi 31 mars 1900, les naissances ont été au nombre de 1154 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 406, illégitimes, 178. Total, 584. — *Sexe féminin* : légitimes, 402, illégitimes, 168. Total, 570.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1896 : 2 511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 25 mars au samedi 31 mars 1900, les décès ont été au nombre de 1111, savoir : 577 hommes et 534 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 14, F. 19. T. 33. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole: M 13, F. 13, T. 26. — Scarlatine : M. 1, F. 0, T. 1. — Coqueluche : M. 3, F. 3, T. 6. — Diphtérie. Croup : M. 0, F. 4, T. 4. — Grippe : M. 10, F. 10, T. 20. — Phtisie pulmonaire : M. 135, F. 86, T. 221. — Méningite tuberculeuse : M. 14, F. 10, T. 24. — Autres tuberculoses : M. 4, F. 10, T. 14. — Tumeurs cancéreuses : M. 12, F. 35, T. 47. — Tumeurs autres : M. 0, F. 4, T. 4. — Méningite simple: M. 14, F. 11, T. 25. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 27, F. 29, T. 56. — Paralysie, M. 8. F. 4, T. 12. — Ramollissement cérébral : M. 2, F. 3, T. 5. — Maladies organiques du cœur : M. 31, F. 43, T. 74 — Bronchite aiguë : M. 6, F. 5, T. 11. — Bronchite chronique : M. 14, F. 19, T. 33. — Broncho-pneumonie : M. 27, F. 30, T. 57. — Pneumonie : M. 29, F. 25, T. 54. — Autres affections de l'appareil respiratoire: M. 30, F. 31, T. 61. — Gastro-entérite, biberon : M. 6, F. 5, T. 11. — Gastro-entérite, sein : M. 1, F. 0, T. 1. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 2, F. 1, T. 3. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 1, T. 2. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Débilité congénitale : M. 11, F. 10, T. 21. — Sénilité : M. 15, F. 27, T. 42. — Suicides : M. 14, F. 3, T. 17. — Autres morts violentes: M. 9, F. 9, T. 18. — Autres causes de mort: M. 103, F. 77, T. 180. — Causes restées inconnues : M. 18, F. 1, T. 19.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 66, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 20, illégitimes, 12. Total : 32. — *Sexe féminin* : légitimes, 22, illégitimes, 12. Total : 34.

Faculté de médecine de Paris. — *Travaux pratiques de médecine opératoire spéciale*, sous la direction de MM. Berger, professeur, et Hartmann, agrégé. (Cours de M. le Dr Ombrédanne, prosecteur) — *Opérations d'urgence et de pratique courante*; ouverture le lundi 23 avril, à 1 h. 1/4. — I. Sutures des téguments en général; de la paroi abdominale; sutures des tendons; anastomose, allongement, transplantation, dédoublement des tendons; tenotomies. — II. Sutures des nerfs; sutures des os; sutures de l'intestin (traitement des plaies et ruptures de l'intestin). — III. Greffes épidermiques; greffes dermo-épidermiques à grand lambeau; autoplasties; méthodes française, indienne, italienne modifiée; traitement de l'ongle incarné. — IV. Extraction des corps étrangers du conduit auditif; trépanation de l'apophyse mastoïde; ponction lombaire. — V. Tubage; trachéotomie; laryngectomie; tamponnement des fosses nasales. — VI. Amputation du sein; thoracenthèse; pleurotomie; résection temporaire ou définitive des côtes — VII. Traitement du varicocèle; Traitement des hémorroïdes; traitement de l'hydrocèle vaginale; traitement des fistules anales. — VIII. Circoncision; uréthrotomie interne; ponction de la vessie. — IX. Traitement de l'appendicite, résection de l'appendice; anus artificiel iliaque. — X. Cure radicale de la hernie inguinale; traitement des hernies étranglées. — Le nombre des élèves admis à ce cours est limité. Seront seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers ainsi que les étudiants immatriculés. Les droits à verser sont de 0 fr. 50. S'inscrire au secrétariat général (guichet n° 3), de midi à 3 heures, les lundi, mardi, jeudi et samedi.

Muséum d'histoire naturelle. — *Enseignement spécial pour les voyageurs naturalistes.* — Programme des conférences et travaux pratiques pour l'année 1900 : 24 et 25 avril, anthropologie. 26 et 27 avril, mammifères. 28 avril et 1er mai, oiseaux. 2 mai, reptiles. 3 mai, poissons. 4 mai, mollusques. 5 mai, zoophytes, etc. 8 mai, insectes. 9 mai, crustacés et autres artropodes. 10 mai, anatomie comparée. 12 mai, plantes phanérogames. (Une excursion botanique aura lieu le dimanche 13 mai et servira de complément à cette conférence). 15 mai, plantes cryptogames. 16 mai, plantes vivantes. 17 et 18 mai, géologie. 19 mai, minéralogie. 22 mai, paléontologie. 23 mai, hygiène des voyageurs. — Des conférences destinées aux voyageurs-naturalistes auront lieu au muséum, à partir du mardi 24 avril. Les personnes qui désirent assister à ces conférences et aux travaux pratiques qui seront faits dans les laboratoires ou dans d'autres parties du jardin, à 10 h. 1/2 du matin, sont priées de s'inscrire, au secrétariat du muséum, de 10 heures à 4 heures, et il leur sera délivré une carte d'admission.

Amphithéatre d'anatomie. — *Programme des cours de la saison d'été.* — 1° *Cours de médecine opératoire*, sous la direction de M. le Dr Quénu, directeur des travaux scientifiques; MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les cours de médecine opératoire commenceront le lundi 23 avril 1900. 2° *Conférences d'histologie.* Des conférences sur l'histologie pathologique continueront à être faites par M. le Dr Macaigne, chef du laboratoire. MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

Nota. Les microscopes et autres instruments nécessaires à ces divers travaux pratiques seront mis à la disposition de MM. les élèves par l'administration de l'Assistance publique.

Inauguration d'un institut Pasteur a Tananarive. — Vendredi dernier, le général Pennequin, gouverneur général par intérim de Madagascar, a inauguré solennellement un institut Pasteur, fondé près de Tananarive. Tous les habitants notables, français, étrangers ou indigènes, se pressaient autour du général et de son état-major. Le docteur Thiraux, directeur de cet institut, a exposé le succès complet et la prospérité magnifique de l'établissement bactériologique créé par le général Galliéni. Le consul anglais a exprimé chaleureusement des souhaits sincères pour cette noble entreprise qui intéresse l'humanité entière et la science universelle. (*Le Temps* du 3 avril 1900.)

Les suites d'une opération chirurgicale. — Un jeune médecin de Pau, le Dr Lassallette, fut condamné à trois mois de prison, il y a bientôt trois ans, pour homicide par imprudence. On l'accusait d'avoir opéré avec une extrême légèreté, d'un fibrome, une dame Treyeran, de la commune de Mirepoix. Celle-ci mourut entre les mains du docteur. L'autopsie révéla la présence d'une pince dans la cavité hativement refermée par le Dr Lassallette. A sa sortie de prison, dans une brochure et dans une plainte adressée au parquet, le Dr Lassallette prétendit que la dame Treyeran était morte empoisonnée par la noix vomique. Un flacon de cette substance avait été, en effet, trouvé dans la chambre de la morte. Après un procès en diffamation qu'intenta au Dr Lassallette M. Treyeran, visé par la plainte et la brochure, le parquet commit M. Lande, médecin légiste à Bordeaux, pour procéder à une

nouvelle autopsie qui vient d'avoir lieu. Les viscères ont été transportés à Bordeaux pour être analysés par le chimiste Blarès (*Le Temps*, du 23 mars 1900.)

LES DRAMES DE LA FOLIE. — L'hospice de Saint-Jean-de-Dieu, à Lyon, où, dans les derniers jours de janvier le Dr Devay, qui procédait à la vaccination des malades, fut grièvement blessé d'un coup de tiers-point par un aliéné, a été le théâtre d'un nouveau drame. Un nommé Chouzy, âgé de 35 ans, qui, il y a une quinzaine d'années, avait été interné, pendant six mois, voulant se venger des infirmiers dont les faux rapports, dit-il, avaient motivé un aussi long internement, s'est jeté sur un infirmier et lui a porté deux violents coups d'un énorme couteau qu'il tenait dissimulé sous son paletot. L'état du blessé n'est pas très grave. Chouzy a été arrêté et écroué. (*L'Indicateur de Cognac*, 30 avril).

CONSEIL SANITAIRE, MARITIME ET QUARANTENAIRE D'EGYPTE. — L'administration quarantenaire d'Egypte met au concours, sur titres : *a*) Une place de directeur de deuxième classe, aux appointements mensuels de livres égyptiennes 22 à 28; *b*) une place de doctoresse auprès de l'office de Suez (Mêmes appointements.) Les demandes des candidats et postulantes doivent contenir : 1° original ou copie conforme du diplôme de docteur en médecine et chirurgie ; 2° certificats d'études de bactériologie et d'épidémiologie ; 3° certificats de bonne constitution ; 4° engagement formel de prendre possesion de son poste, en cas de nomination, dans le courant du mois qui suivra la notification officielle. Pour les postulantes à la place de doctoresses, le certificat d'études de bactériologie n'est point indispensable. Les candidats et postulantes doivent, en outre, indiquer leur âge ainsi que les langues qu'ils connaissent. Ils sont prévenus que toute démission ne pourra être acceptée que si elle est adressée à la présidence du conseil, trois mois à l'avance. Le concours sera clos le 30 avril 1900. (*Trib. méd.*)

NÉCROLOGIE. — M. le Dr MARCHAL, l'un des médecins les plus estimés de Lorraine, vient de mourir des suites de l'influenza. Né en 1826, docteur en médecine de la Faculté de Paris, il vint s'enfermer à Metz, pendant le blocus en 1870 et rendit de grands services en organisant les ambulances. M. le Dr Marchal était chevalier de la Légion d'honneur, membre de nombreuses Sociétés savantes, tant françaises qu'étrangères. On lui doit des ouvrages estimés sur l'hydrologie médicale — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. WICKHAM, chevalier de la Légion d'honneur, président de la chambre syndicale des instruments et appareils de l'Art médical, maire-adjoint du IIe arrondissement de Paris. M. Wickham est le père de deux de nos confrères : M. Henri Wickham, orthopédiste, et M. Louis Wickham, médecin-adjoint de Saint-Lazare. Il était l'oncle de M. Robert Wickham, ancien interne des hôpitaux.

Chronique des Hôpitaux.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — Le Dr DU CASTEL, conférences cliniques le samedi à 1 h. 1/2. A 1 h. 1/2 consultation externe. A 2 h. 1/2 conférence clinique dans la salle des conférences.

Leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques. — M. HALLOPEAU, salle des conférences, le dimanche, à 9 heures et demie du matin.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Cours de clinique des maladies du système nerveux.* — M. le Pr RAYMOND : vendredis et mardis, à 10 heures.

CLINIQUE TARNIER. — *Clinique d'accouchement et de gynécologie.* — M. le Pr BUDIN : mardi et samedi, à 9 heures. — *Ordre du cours* : mardi et samedi, leçons à l'Amphithéatre ; visite des malades tous les matins, à 9 heures. — Dirigeront les exercices pratiques : M. le Dr Schwaab, chef de clinique ; MM. les Drs Dubrisay et Chavanne, anciens chefs de clinique ; MM. Galippe, Nicloux, Macé et Bouchacourt, attachés aux laboratoires ; MM. les Drs Perret, Planchon, Thoyer-Rozat, Chéron et Glaize, moniteurs.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — *Clinique des affections du système nerveux.* — M. GILBERT BALLET, leçons cliniques sur les affections du système nerveux et la pathologie mentale, Amphithéâtre de la clinique de la Faculté, le dimanche, à 10 heures.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h. 1/2. Visite du service [illegible] ateliers, écoles, [illegible] ; présentation de cas cliniques, etc. — *Service de M. le Dr P. MARIE.* Le service de [illegible] Bicêtre [illegible] un grand nombre de malades [illegible] affections [illegible] et particulièrement d'affections du système nerveux. Ce service est [illegible] aux étudiants et [illegible] à 9 h. 1/2, une visite générale au cours de laquelle le Dr Pierre Marie présente les malades les plus intéressants.

HOTEL-DIEU. — Le Dr LUCAS-CHAMPIONNIÈRE : leçons de clinique chirurgicale à dix heures, tous les jeudis. Opérations avant la leçon. Opérations abdominales le mardi. Le mercredi et le samedi visite dans les salles. — *Cours pratique d'appareils.* M. le Dr MARION, chef de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu commencera incessamment son cours pratique d'appareils. Ce cours comprendra une dizaine de leçons, les élèves y seront exercés à l'application des pansements et appareils de pratique courante. Le prix d'inscription est de 20 francs. S'adresser à M. Marion à l'Hôtel-Dieu.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — *Service d'accouchements.* M. le Dr MAYGRIER, chef de service. — Enseignement des stagiaires. Visite tous les matins à 9 heures. Consultation des femmes enceintes tous les jours. Consultation des nouveau-nés le mardi. Lundi, mercredi, vendredi, lecture des observations et interrogatoire des élèves. Jeudi, leçon clinique à l'amphithéâtre. Le samedi, à 11 heures, conférence de M. le Dr Blondel chef du laboratoire. M. le Dr Maygrier a commencé ces leçons cliniques le jeudi 7 décembre 1899, à 10 heures et demie, à l'amphithéâtre Velpeau, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

Un emploi de second interne en médecine est vacant à l'Asile public d'aliénés de Saint-Alban (Lozère). 600 francs, logement, nourriture, chauffage, éclairage blanchissage. Conditions : 12 inscriptions. S'adresser au Directeur de l'Asile.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès médical

GARNIER (S.). — L'odyssée d'un délinquant simulateur. (Contribution à l'étude de la simulation de la folie.) Brochure in-8 de 26 pages. — Prix : 12 fr. 25. — Pour nos abonnés. . . 90 c.

VERGER (H.). — Sur le sens musculaire à propos de quelques travaux récents. Brochure in-8 de 18 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés . . . . 70 c.

KUCHARZEWSKI (H.). — Un cas de blennorrhagie compliquée de rhumatisme, de troubles nerveux et d'iridocyclite. Brochure in-8 de 8 pages. — Prix : 0 fr. 50. Pour nos abonnés . . 0 fr [illegible]

Librairie F. ALCAN, 108, boulevard Saint Germain,

CORNET (M.). — Pratique de la chirurgie courante. Préface de M. le Pr Ollier. Volume in-12 de [illegible] pages — Prix . . [illegible]

Librairie G. CARRÉ et C. NAUD 3, rue Racine.

KNOPF (S. A.). — Les sanatoria [illegible] et prophylaxie [illegible] Volume in-8, cartonné, de XV-[illegible] pages — Prix . . . . [illegible]

NETTER. — La peste et son microbe, sérothérapie et vaccination. Volume in-18 cartonné de 124 pages, avec 6 figures.

JACQUET (L.). — Alcool — Maladie — Mort, Rapport sur l'alcoolisme dans les hôpitaux parisiens. Brochure in-8 de [illegible] pages.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN [illegible] RUE DE RENNES 71

XXIXe ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XI. N° 15. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 14 AVRIL 1900.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

De l'Hépatisme;

Par le Dr F. GLÉNARD, correspondant de l'Académie de médecine (1).

L'existence, que j'ai démontrée, d'une variété de diabète vrai, produite uniquement par une affection du foie, d'origine exclusivement alcoolique, l'existence, que je m'efforce d'accréditer, d'une variété de diathèse hépatique, acquise, des maladies de la nutrition, relevant de l'alcoolisme, heurtent violemment la conception classique relative à la nature de ces maladies et remettent en question toute la pathologie générale d'un des groupes les plus importants de la nosologie.

I.

Rappelons d'abord les termes du problème : Il est un groupe de maladies formé de la goutte, l'obésité, la lithiase biliaire, la gravelle, le diabète, etc., dont la parenté s'affirme par ce double fait qu'on les voit coïncider, se succéder, alterner chez un même individu et se léguer l'une l'autre de cet individu à sa descendance. Il est donc évident que cette sorte d'équivalence pathologique trahit l'existence, entre ces maladies, d'un principe morbide commun, que ce principe morbide commun persiste chez l'individu dans l'intervalle de santé apparente qui sépare les maladies, considérées dès lors comme les manifestations de ce principe morbide, et que c'est ce principe morbide qui doit pouvoir se transmettre d'une génération à l'autre. C'est à ce principe morbide qu'on a donné le nom de *diathèse*.

Il est évident que ce principe doit avoir, chez l'individu qui en présente de temps à autre les manifestations accidentelles, lesquelles sont l'une ou l'autre des maladies du groupe, un substratum quelconque, mais permanent, que ce soit dans un organe, un appareil, un tissu, un système, une humeur, un vice dynamique, etc., de son organisme : ce sera la *localisation de la diathèse*. Il est évident, puisque le principe morbide existe, qu'il doit se trahir par quelque signe et que l'individu, imprégné de ce principe morbide, doit présenter des caractères différents de ceux de l'individu qui en est indemne ou qui est imprégné d'un autre principe morbide : ces signes seront les *caractères de la diathèse*. Il est évident enfin, que les caractères de la diathèse, trahissant un principe morbide permanent, aussi bien pendant les phases d'accalmie que pendant les manifestations accidentelles (les maladies) de la diathèse, doivent, par leur fixité, occuper une place hiérarchiquement plus élevée dans la pathogénie, que les caractères spéciaux à chacune de ses maladies ; les plus fixes trahiront la *nature*, c'es-à-dire la *cause de la diathèse*.

La cause de la diathèse sera le premier anneau organique de la pathogénie, celui qui est en rapport immédiat avec les causes extraorganiques, les causes premières de la maladie. La recherche de la diathèse est donc la recherche de la subordination des caractères, qui n'est autre chose, en nosologie, que la recherche des causes : or, la notion de cause est la seule lumière qui guide sûrement le médecin vers le but qu'il poursuit : thérapeutique et prophylaxie des maladies. La classification étiologique des maladies est la seule, à mon avis, à laquelle il doive aspirer.

Le terme *diathésique*, appliqué à une maladie, signifie que le principe morbide, déposé dans l'organisme par la cause extérieure de cette maladie, devient à son tour une cause, inhérente à l'organisme, des rechutes de cette même maladie ou d'éclosion de maladies *équivalentes*; cette cause que j'appelle « seconde » ou, si l'on permet, « endogène », par opposition à la cause « première » ou « exogène », est permanente ; c'est elle qui entretient la chronicité, et elle interviendra, même s'il surgit quelque maladie étrangère, pour imprimer à cette maladie une allure spéciale, attestant l'identité d'un état anormal de l'organisme dans toutes les épreuves qu'il traverse.

En résumé la diathèse existe, c'est une réalité et non une vue de l'esprit. Elle a une localisation, des caractères propres, une cause spéciale, seconde ou endogène, une cause première exogène, et elle comporte une indication thérapeutique personnelle.

Au nosologiste qui, en dépit des enseignements de la clinique, voudrait se soustraire à cette notion de prin-

(1) Communication à la Société de Médecine de Paris, séance du 24 mars 1900.

cipe morbide commun, de diathèse, je conseille l'épreuve qui a été décisive pour moi. Qu'il procède au classement de ses observations. Sous sa main sont le casier du diabète, celui de la lithiase biliaire, celui de l'obésité, ceux de la gravelle, de la goutte, de l'entéroptose, de la neurasthénie, etc., etc.; où va-t-il placer l'observation de ce malade qui, actuellement bien portant en apparence, vient se faire soigner pour éviter le retour de crises dont les unes ont été des coliques hépatiques, les autres des coliques néphrétiques? Et celui-ci qui est obèse et se plaint d'avoir eu des accès de goutte et des coliques néphrétiques? Et cet autre qui a des coliques hépatiques et une entéroptose? Et ce neurasthénique qui a eu des coliques hépatiques? Dans quel casier placer l'observation de ce malade qui a eu aussi des coliques hépatiques et qui est atteint aujourd'hui de diabète; et celle de cet ancien graveleux qui, actuellement a du rhumatisme d'Heberden?

Il faut un casier spécial pour ces observations de malades qui ont deux, qui ont trois de ces maladies dans leurs antécédents, car l'une ou l'autre de ces maladies, par le fait qu'elle a existé chez eux, peut de nouveau se manifester. Or, ce que doit indiquer l'étiquette de ce casier nouveau, c'est précisément le lien de parenté, le fond pathologique commun, c'est la diathèse.

Quels sont donc la localisation, les caractères, la cause seconde, la cause première qui déterminent la nature de ce principe morbide commun des maladies de la nutrition, et le distinguent du principe morbide commun qui préside aux manifestations variées d'autres maladies (distinctes d'ailleurs aussi par la persistance dans l'organisme de la toxine qui a été cause première), telles que la syphilis ou la tuberculose, par exemple?

Le problème est posé depuis Hippocrate et Galien. Aucune des solutions essayées n'a prévalu. La notion de diathèse avait même sombré partout, sauf à l'Ecole de Montpellier, devant la médecine organopathique, lorsque Bazin, en 1859, eut le mérite, en prenant pour point de départ la classification des maladies de la peau, de rendre à la diathèse, sous le nom de maladie constitutionnelle, la place élevée, qui lui est si légitimement due dans la pathologie générale, et qui est la première place.

Trois doctrines principales sont, de nos jours, en présence pour caractériser le principe morbide commun des maladies de la nutrition, la doctrine de l'*Arthritisme* de Bazin (1859), la doctrine de la *Bradytrophie* de Bouchard (1882), la doctrine de l'*Herpétisme* de Lancereaux (1883). Voyons sommairement comment elles répondent aux questions soulevées par la notion de diathèse.

Dans la doctrine de l'« Arthritisme » : *localisation* : inconnue; — *caractères* : prédominance des manifestations articulaires et production d'un produit morbide particulier, le tophus; — *cause seconde* : inconnue; — *cause première* : hérédité; — *thérapeutique diathésique* : alcalins. — C'est une doctrine d'expression purement symptomatique.

Dans la doctrine de la « Bradytrophie » : *localisation* : la molécule du protoplasma; — *caractère* : formation ou accumulation anormales dans les humeurs de produits incomplètement oxydés; — *cause seconde* : trouble permanent des mutations nutritives par ralentissement des métamorphoses de la matière; — *cause première* : hérédité; — *thérapeutique de la diathèse* : hygiène générale. — C'est la doctrine bio-chimique.

Dans la doctrine de l'« Herpétisme » : *localisation* : système nerveux; — *caractère* : troubles vaso-moteurs et trophiques; — *cause seconde* : névrose; — *cause première* : hérédité; — *thérapeutique de la diathèse* : hygiène générale. — Doctrine de dynamisme pathologique.

Je n'insisterai pas ici sur l'historique des mots arthritisme, bradytrophie ou herpétisme, ni sur les rapports de l'arthritisme avec l'arthritis des anciens, de la bradytrophie avec l'humeur peccante d'Hippocrate et de Galien, avec l'uricémie de Gigot Suard (1870), de l'herpétisme de Lancereaux avec l'herpétisme de Fontan (1853), de Gintrac (1854), de Bazin (1859); je ne discuterai pas la question de savoir si la goutte et le rhumatisme font bien partie de la même diathèse, comme je le crois (mais à l'exclusion du rhumatisme articulaire aigu), s'il y a une diathèse herpétique, distincte de la diathèse arthritique, ou bien si l'une ou l'autre doit englober les maladies de sa rivale. Je ferai remarquer, toutefois, combien trop peu fixe, trop spécial, pour servir de caractère fondamental de classification, est le caractère choisi par Bazin, la localisation articulaire avec production de tophus : en fait l'admirable tableau symptomatique dégagé par Bazin, ne s'applique qu'à cinq des maladies du groupe, l'obésité, la goutte et le rhumatisme, la migraine et l'eczéma ; il laisse de côté le diabète, la lithiase biliaire, la gravelle. On peut trouver combien est, au contraire, trop général celui adopté par Bouchard, la présence dans les humeurs de matières incomplètement oxydées : la classification basée sur ce caractère englobe, en effet, avec les maladies de la nutrition, la scrofule, le rachitisme et l'ostéomalacie. Enfin, le caractère adopté par Lancereaux est hypothétique et, de plus, il est commun à plusieurs diathèses.

La classification nosologique, ai-je dit plus haut, a pour but de faire connaître la subordination des causes. La connaissance de la subordination des causes a pour but la thérapeutique. Or, quelle que soit celle de ces trois doctrines qu'on choisisse, on ne remonte qu'à une même cause, l'hérédité, qui peut causer toutes les diathèses, et n'est même pas une cause première; on n'aboutit qu'à un même traitement, l'hygiène, qui est le traitement indiqué dans toutes les diathèses et ne vise plus spécialement aucune cause première. La doctrine de l'arthritisme qui est la seule à recommander un traitement spécifique, le traitement alcalin, le fait par empirisme, car c'est précisément la seule qui n'émette aucune hypothèse sur la nature, sur l'essence de l'état diathésique. Il est donc vraisemblable, que ni l'un ni l'autre des trois caractères de classification abstraits par les doctrines actuelles, déterminations articulaires de la doctrine de l'arthritisme, suboxydations de la doctrine bradytrophique, déterminations nerveuses de la doctrine herpétique, n'est le caractère le plus fixe parmi ceux qui sont communs à toutes les maladies de la diathèse; et pourtant c'est ce caractère le plus fixe qu'il importe de dégager, car c'est lui qui trahit la cause seconde. La notion de diathèse est née de ce desideratum, que pour pénétrer l'essence de certaines maladies à cause « seconde », il importe non seulement de connaître la cause première, mais encore et surtout cette cause seconde, puisque c'est elle qui, permanente, entretient la chronicité, caractérise la diathèse et comporte l'indication fondamentale de la thérapeutique; la notion de diathèse serait sans valeur pratique et sans but si, dans l'application, on ne la

qualifiait de deux termes fixant, l'un la cause seconde, l'autre la cause première, et si ces causes n'étaient pas spéciales à la diathèse, au principe morbide commun des maladies qu'elles ont engendrées.

II.

La doctrine de l'*hépatisme* que je propose depuis 1888 de substituer aux doctrines précédentes pour interpréter la nature diathésique des maladies de la nutrition, est édifiée sur de tout autres bases. Le caractère de famille s'y trouve déterminé suivant les règles de la subordination hiérarchique des caractères, telle que l'exige la classification naturelle : cette doctrine peut être ainsi formulée :

Dans la doctrine de « l'Hépatisme » : *localisation* : le foie ; — *caractères* de la diathèse : anomalies objectives du foie; troubles des fonctions de l'appareil dont le foie est l'organe prépondérant, c'est-à-dire l'appareil digestif, manifestés par la périodicité régulière, quotidienne ou quotinocturne du retour ou de l'exacerbation des malaises, en rapport avec la périodicité des actes digestifs; par l'anomalie du sommeil; par l'anomalie des excrétions. — *Cause seconde*, cause de la diathèse : perturbation fonctionnelle du foie. — *Cause première* : cause, chez l'individu ou ses ascendants, de maladie du foie : intoxications (et auto-intoxications), infections, ébranlement psychique, traumatismes (ptoses primitives). — *Traitement diathésique* : purgatifs et parfois diurétiques, alcalins, régime alimentaire des maladies du foie.

En d'autres termes, et pour préciser : les maladies de la nutrition forment un groupe naturel qu'on doit désigner sous le nom de FAMILLE *hépatique* (*hépatisme*), caractérisé par l'existence d'une affection chronique du foie acquise ou héréditaire; et, comme conséquence de cette affection du foie, par une dyscrasie acide (diathèse hyperacide de Gautrelet; insuffisance absolue ou relative (bradytrophie ou tachytrophie) des combustions) et une symptomatologie fondamentalement hépatique, c'est-à-dire digestive. Les diverses maladies de l'hépatisme (maladies de la nutrition) expriment les phases d'évolution du principe morbide siégeant dans le foie.

La famille hépatique comprend deux GENRES, l'*hépatisme cholémique* et l'*hépatisme uricémique* ou *hépatonéphrétisme* (au second genre correspond l'arthritisme de Bazin; l'herpétisme répond à un genre mixte de l'hépatisme). Les ESPÈCES, ce sont la goutte, le diabète, l'obésité, les lithiases, le rhumatisme chronique, maladies auxquelles j'ajoute l'entéroptose, certaines chloroses, certaines névropathies (neurasthénies) et dyspepsies (prélithiase, préeirrhose, etc.), dites, à tort, essentielles; et enfin, les diverses VARIÉTÉS de l'une ou l'autre des espèces, ce sont les « noms de maladies » tels que l'entérite membraneuse, la migraine, l'eczéma, la constipation et la diarrhée chroniques, le pseudo-angor, etc., les « hépatides » xanthiques ou cyaniques, etc., etc.

Le foie, d'après la doctrine que je propose, serait donc appelé à jouer, dans la classification des maladies de la nutrition, le même rôle que, en botanique, l'embryon dans la classification des familles végétales, c'est-à-dire, si j'osais m'exprimer ainsi, un « rôle cotylédonaire. » Ce n'est pas là une simple affaire de nomenclature. Dire en pathologie que les maladies de la nutrition sont les espèces constitutives d'une même famille, la « famille hépatique », c'est dire que le caractère ordinal de toutes les maladies réside dans une perturbation fonctionnelle du foie, c'est dire que cette perturbation fonctionnelle du foie est la clef de leur pathogénie, leur cause, et qu'au-dessus de cette cause (que j'ai appelée cause seconde ou endogène), il n'y a plus de place que pour les causes venant du dehors, les causes premières, cosmiques ou exogènes. C'est ainsi qu'on est conduit en définitive à qualifier les maladies de l'hépatisme non seulement par leur nom spécifique de goutte, diabète, lithiase, entéroptose, etc., non seulement aussi par leur nom familial de maladie hépatique, d'hépatisme, mais encore par le nom de leur cause, et à dire : hépatisme alcoolique, paludéen, gravidique (auto-intoxication), typhoïdique (éberthien), grippal, dysentérique, émotif, traumatique (ptose primitive), etc., etc. Chacune de ces causes est perturbatrice du foie, mais elle n'aboutit à l'état diathésique, à la diathèse hépatique, que lorsque cette perturbation a été suffisamment profonde, suffisamment durable, pour que la fonction du foie ne puisse plus être restituée *ad integrum*; pour que l'affection constitutive de l'hépatisme, alors même qu'elle est émancipée de sa cause première, devienne chronique; enfin pour que la maladie avec ses aspects divers: dyspepsie, neurasthénie, lithiases, obésité, entéroptose secondaire, diabète, etc. (tous ces aspects répondant aux diverses phases évolutives de cette affection hépatique, ainsi qu'en témoigne la symptomatologie), puisse être réalisée. L'hépatisme crée la diathèse; la maladie du foie crée l'hépatisme; la cause première, alcool, agent infectieux, toxique, émotif, le traumatisme viscéral, etc., engendrent la maladie du foie.

La nomenclature ainsi comprise, si les bases en sont réellement solides, comble le desideratum de la clinique qui, dans tout diagnostic de maladie diathésique, doit exiger que soient mentionnés le syndrome, la cause seconde, la cause première. Sans la notion de ces deux causes, il n'est pas de thérapeutique rationnelle.

Si le terme d'hépatisme est nouveau, la doctrine qu'il représente n'est pas nouvelle. Elle date de Galien et a, pendant quinze siècles, jusqu'à la découverte des chylifères, du canal thoracique et du réservoir de Pecquet, qui ont porté le coup de grâce à la suprématie du foie, régné sur la pathologie. Tour à tour abandonnée et reprise, elle est, depuis plus de deux cents ans, en dépit des efforts de Riolan, de Stahl, etc., tombée dans le plus profond discrédit. C'est, apparemment, que les faits invoqués pour sa défense étaient de nature peu convaincante. En réalité, si elle est tombée en discrédit, c'est qu'on ne l'appuyait sur aucune preuve, tandis qu'au contraire s'accumulaient les documents pour montrer que le foie ne jouait aucun rôle dans les maladies de la nutrition, qu'on ne le trouvait suspect de participation au syndrome, ni dans les symptômes cliniques, ni dans les caractères cadavériques, que si d'aventure il était malade, c'était par coïncidence ou par complication.

Si je reprends à mon tour cette doctrine, c'est que des faits nouveaux ont surgi en sa faveur. Ces faits étaient encore inconnus lorsqu'ont été formulées les doctrines de l'arthritisme, de la bradytrophie, de l'herpétisme; s'ils eussent été connus alors, ma conviction absolue est que la doctrine de l'hépatisme eût été proposée à la place de ces autres doctrines, mais elle ne pouvait l'être, scientifiquement du moins, avant les faits nouveaux sur lesquels je l'appuie aujourd'hui.

*

III.

Les faits nouveaux que j'ai apportés et sur lesquels je me fonde pour proposer la substitution de la doctrine de l'hépatisme aux doctrines qui l'ont précédée, et ont été édifiées avant que ces faits nouveaux fussent connus, sont les suivants. J'en diviserai l'exposé en trois groupes:

1° Faits relatifs à la localisation hépatique des maladies de la nutrition; 2° faits relatifs à la pathogénie hépatique des maladies de la nutrition; 3° faits relatifs à la pathogénie hépatique de la diathèse.

I. — Localisation hépatique des maladies de la nutrition.

L'absence de toute localisation hépatique dans les maladies de la nutrition, sauf exceptionnellement à titre de complication ou de coïncidence, était formellement accréditée dans la science, lorsque, dans une série de publications de 1888 à 1892, je m'efforçai de démontrer la proposition justement inverse, à savoir que l'absence de localisation hépatique est, au contraire, exceptionnelle dans les maladies de la nutrition. Depuis 1892, la justesse de mon observation a été confirmée de tous côtés, entre autres et pour ne citer que les premiers, par Bouchard et Legendre, Hanot, Gastou et Boix, Robin et Deguéret. La cause de l'erreur résidait, ainsi que je j'ai démontré, dans une connaissance insuffisante de la séméiologie subjective et objective du foie. On n'incriminait guère la possibilité d'une maladie de cet organe, que lorsque le malade présentait de l'ictère, de l'ascite, ou des douleurs, soit gravatives, soit paroxystiques, de l'hypochondre droit; on n'explorait l'organe que s'il existait l'un de ces symptômes accusateurs; on n'attachait d'importance qu'aux variétés de volume du foie, les seules du reste qui fussent perçues par la technique d'exploration usitée, la technique dans laquelle la percussion jouait le plus grand rôle. Or, il en est tout autrement, si l'on recherche de façon systématique et méthodique les signes objectifs du foie par la palpation, si l'on procède à l'analyse rigoureuse des symptômes subjectifs des maladies de la nutrition, et si l'on établit, sur leur degré de fixité, leur subordination hiérarchique.

A. — La *palpation systématique* inventorie l'état du foie chez tous les malades. Or, elle prouve que le foie, en outre de ses maladies proprement dites, se présente avec des signes objectifs anormaux dans une foule d'état morbides où on ne soupçonnait pas l'altération parfois grave dont il peut être le siège, et qui peut être l'hypertrophie, même la cirrhose, etc., états morbides qui, en l'absence de la notion de leur signification hépatique possible, étaient à tort classés, soit dans les maladies de la nutrition, soit dans les dyspepsies, soit dans les névropathies. La *palpation méthodique* cherche de propos délibéré chacun des caractères anormaux pouvant être présentés par le foie, dans sa situation, sa forme, son volume, sa densité, sa sensibilité, son mode de fixation, ses déplacements sous l'influence de l'attitude ou des mouvements respiratoires, et recourt pour cela à la technique d'un procédé nouveau de palpation, le « procédé du pouce; la palpation méthodique prouve qu'en dehors des anomalies objectives de volume, densité, sensibilité, et des trois types classiques de foie : gros, normal ou petit, il existe les types de foie déformé, foie ptosé, foie tuméfié, foie à ressaut, ou hyperesthésié et de volume normal, et conquiert ainsi à la séméiologie objective du foie les foies souples anormaux. Or, la palpation méthodique, systématiquement appliquée, montre l'extrême fréquence de ces foies souples anormaux dans les maladies de la nutrition, les dyspepsies, les névropathies et accroit d'autant la fréquence des localisations hépatiques.

B. — L'*analyse des symptômes subjectifs*, relevés dans les dyspepsies, les névropathies ou les maladies de la nutrition, prouve l'origine hépatique d'un grand nombre d'entre eux. Les deux moyens de démonstration sont les suivants :

a) Identité d'un certain nombre de symptômes subjectifs spontanés avec les symptômes subjectifs provoqués par la pression directe de tel ou tel point du foie malade : la pression directe du foie permet de provoquer à volonté dans certains cas, non seulement des douleurs locales, mais des sensations à distance, telles que : douleur à l'épaule droite, état nauséeux, régurgitation, constriction à la gorge, douleur à l'un ou l'autre sein, douleur sternale, douleur à l'hypochondre gauche, sensations d'oppression, d'étouffement, de sécheresse de la langue, de mal à l'estomac, de crampe à l'estomac: toutes ces douleurs, provoquées par la pression du foie, rappelant au malade celles spontanées dont il se plaint et dont l'origine hépatique n'était pourtant pas soupçonnée.

b) « Equivalence », à des symptômes hépatiques proprement dits, de symptômes subjectifs imputés à tort aux dyspepsies, aux névropathies ou aux maladies de la nutrition; cette équivalence, et par conséquent leur parenté pathogénique, est prouvée pour chacun des symptômes par les constatations suivantes : 1° s'il est le satellite habituel d'une maladie accentuée du foie, telle que la tuméfaction ou la cirrhose; 2° s'il varie d'intensité avec le degré d'intensité de l'altération objective du foie; 3° s'il est le précurseur habituel d'une des maladies caractérisées du foie; si on le trouve habituellement à la période d'incubation de l'ictère, de la colique hépatique, de la congestion, du kyste hydatique du foie, etc.; 4° s'il existe habituellement dans l'intervalle des accidents hépatiques francs; 5° s'il se substitue aux phénomènes caractéristiques d'un état morbide du foie, pour survenir, par exemple, aux mêmes heures; 6° s'il succède ordinairement à une maladie d'emblée hépatique; 7° s'il cède au même traitement extemporané qu'un accident hépatique classique.

C'est ainsi qu'on arrive à s'assurer qu'un grand nombre de symptômes réputés gastriques, intestinaux, névropathiques, peuvent avoir une pathogénie hépatique, tels que : mal de cœur, vomissements à jeun, céphalée, gastralgie, anorexie, constipation, diarrhée, flatulence, étouffement, sueurs profuses, pseudo-angor, cyanides ou xanthides hépatiques (hépatides) certains types d'insomnie (réveil à deux heures du matin des cholémiques, à quatre heures du matin des uricémiques), de somnolence, d'hypochondrie, de névralgie scapulaire ou intercostale, de faiblesse (faiblesse dans la congestion du foie, faiblesse dans l'entéroptose, faiblesse dans le diabète), etc., etc. Et enfin il ne faut pas oublier qu'une maladie grave du foie, comme une cirrhose atrophique même peu de mois avant la mort, par exemple, peut ne se manifester par aucun symptôme. C'est alors que la quantité et les qualités organoleptiques, soit des urines, soit des garde-robes, feront poser le diagnostic. La séméiologie urologique du foie (urobilinurie, hyperacidité; albuminurie, hypoazoturie, etc.) en attendant une séméiologie fécalogique entièrement à créer, multiplie donc encore le nombre des cas dans lesquels on peut démontrer que cet organe est affecté, alors que pourtant nul autre symptôme apparent n'en trahissait la souffrance.

II. — Pathogénie hépatique des maladies de la nutrition.

La preuve qu'il ne s'agit pas seulement de coïncidence ou de complication, lorsque, dans une maladie de la nutrition, une dyspepsie ou une névropathie, on trouve une affection du foie trahie par des symptômes objectifs ou subjectifs, mais d'une relation de cause à effet, et que la maladie du foie est la cause du syndrome, repose sur les arguments suivants :

1° *Localisation prédominante dans le foie.* — Non seulement la localisation hépatique est très fréquente, mais c'est de toutes la plus fréquente, c'est, en outre, la plus fixe. S'il existe d'autres localisations, des signes objectifs ou des symptômes subjectifs d'origine gastrique ou intestinale, par exemple, on remarque que ces symptômes sont subordonnés à ceux du foie, non seulement par leur fréquence moins grande, mais aussi par leur apparition plus tardive ou par une disparition plus précoce que ceux dont l'origine est hépatique. Plus on est expérimenté dans la séméiologie objective et subjective du foie, plus près du début de la maladie, plus tard après sa disparition apparente, on décèle la participation du foie au processus morbide.

2° *Adaptation des types objectifs aux syndromes.* — C'est ainsi que les types de foie sensible sans hypertrophie, foie tuméfié, se rencontrent plus fréquemment dans les dyspepsies gastriques ou les névropathies, que les types de foie ptosé et déformé sont presque spéciaux à l'entéroptose, le type de foie abaissé, à la gravelle ; le foie hypertrophié et sensible coexiste surtout avec la lithiase biliaire ; le foie hypertrophié et indolent, souple ou induré, avec le diabète, la goutte. Si même, classant ensemble, comme je l'ai fait, tous les malades présentant un même type de foie, on choisit, par exemple, le type de ptose du lobe droit, on voit que tous ces malades ont le même syndrôme, l'entéroptose, bien plus que cette entéroptose, suivant que le foie est sensible ou non à la pression, s'accompagne ou non de douleurs paroxystiques. Si, poussant encore plus loin l'analyse, on tient compte de la forme du bord du foie dans tel ou tel type objectif, on remarque la coexistence prédominante de l'hypertrophie limitée au lobe droit dans le diabète, de l'hypertrophie du lobe gauche dans la dyspepsie alcoolique, de l'hypertrophie du lobe moyen dans la lithiase biliaire.

3° *Parallélisme entre le processus objectif du foie, le processus symptomatique de la maladie de nutrition et le processus expérimental de l'hydrotomie du foie.* — En même temps qu'évolue la maladie avec ses phases, tantôt d'aggravation, tantôt d'amélioration, avec ses stades d'arrêt, de repos, ses silences, ses paroxysmes; en même temps qu'on la voit graduellement rétrocéder sous l'influence d'une thérapeutique rationnelle, ou se rallumer si les prescriptions du traitement sont méconnues ; en même temps évolue dans le foie un processus trahissant son activité par la mutation des caractères objectifs de forme, sensibilité, densité, soit de l'organe dans son ensemble, soit de l'un ou l'autre de ses lobes isolément ou de deux lobes à l'exclusion du troisième, avec des alternatives de rénitence ou de flaccidité, d'hyperesthésie ou d'indolence. De même que, cliniquement, le processus hépatique, dont l'allure irritative et hyperémique se traduit par l'hyperesthésie et la tuméfaction, envahit la glande, non pas en bloc, mais d'un lobe à l'autre, du lobe gauche au lobe droit, de même voit-on, expérimentalement, que si on injecte d'eau le foie, laissé en place sur le cadavre, par la veine cave ou la veine porte, la réplétion se manifeste par la turgescence successive des lobes et dans le même sens suivant lequel progresse l'hyperémie en clinique.

4° *Affectation commune de certains types objectifs spéciaux du foie, soit à des maladies de la nutrition, soit à des maladies proprement dites du foie.* — C'est ainsi que l'hypertrophie monolobaire droite indurée et indolente, peut être rencontrée soit dans le diabète, soit comme reliquat d'une hypertrophie alcoolique du foie et ne se rencontre que dans ces deux maladies. C'est ainsi que le foie souple et abaissé est commun, d'un côté, à certaines dyspepsies, à la gravelle, au rhumatisme goutteux, de l'autre côté, aux états morbides de l'estomac ou de l'intestin consécutifs aux atteintes de la fièvre paludéenne ou de la dysenterie ; de même l'hypertrophie souple totale ne se rencontre que dans la lithiase biliaire ou le diabète, à l'exclusion de l'alcoolisme. L'étroite parenté des maladies de la nutrition avec les maladies proprement dites du foie se trouve donc confirmée par l'identité du type objectif du foie dans les deux familles nosologiques, qui ne font donc en réalité qu'une même famille.

5° *Signification hépatique du syndrome des maladies de la nutrition.* — Tant que l'on ignorait la coïncidence si fréquente, presque constante, des maladies de la nutrition avec une affection du foie, se traduisant objectivement par des signes évidents et souvent fort graves, tous les symptômes étaient considérés comme d'origine humorale ou nerveuse. Aujourd'hui que cette localisation hépatique est reconnue, on est forcé de considérer la maladie de nutrition comme symptomatique de l'affection du foie qu'elles recèlent, sous peine d'admettre une affection du foie ne se trahissant par aucun syndrome. L'analyse des symptômes d'une maladie de la nutrition, quelle qu'elle soit, prouve bien que le syndrome dans son ensemble présente, en effet, ces caractères fondamentaux de toute affection hépatique : périodicité quotidienne ou quotinocturne des malaises ou de leur exacerbation, en rapport avec la périodicité des actes digestifs ; relation avec la nature des aliments ; anomalie des fonctions intestinales ; anomalie du sommeil. L'exagération, à trois heures du soir, de la soif du diabétique ou du dyspeptique, de la faiblesse de l'entéroptosique ou de l'hépatique, de l'hypocondrie du neurasthénique, des malaises du dyspeptique; le début à deux heures du matin de l'insomnie de l'entéroptosique, de l'hépatique, du neurasthénique, de la crise du cholélithiasique ; à quatre heures du matin, de l'arthralgie du goutteux, des douleurs du rhumatisant, de la diarrhée de l'hépatique uricémique, sont des exemples de cette périodicité et de son origine digestive.

6° *Eclosion ou récidive d'une maladie de la nutrition sous l'influence de causes déterminantes des maladies du foie.* — Les causes des maladies proprement dites du foie, sont connues ; or, ces mêmes causes, par exemple, excès alimentaires, excès alcooliques, accès de fièvre intermittente, maladie infectieuse, émotion, traumatisme, etc., peuvent ramener une colique hépatique, un accès de goutte, un surcroît de glycosurie, etc.; de même procèdent les divers actes de la vie puerpérale, puberté, menstruation, grossesse, lactation, ménopause, qui peuvent déterminer, soit une maladie du foie chez les non diathésiques, soit une maladie de la nutrition (que je dis être aussi une maladie du foie, ou encore une maladie proprement dite du foie, chez les malades en puissance de diathèse.

7° *Pronostic des maladies de la nutrition tiré de*

l'état du foie. — Il est évident, étant admise la localisation hépatique, que, si l'état du foie se présente avec des signes graves, cette gravité devra être considérée, non comme une complication, mais comme une aggravation de la maladie. De même si l'affection du foie se montre légère, pourra-t-on conclure que la maladie est peu avancée dans son évolution. Ainsi, dans le diabète à gros foie, le pronostic est-il meilleur si ce gros foie est souple que s'il est dur, si, tout en étant dur, il est sensible que s'il est indolent, et ce pronostic favorable porté en dépit de l'allure parfois grave des autres symptômes; de même la dyspepsie dans laquelle l'affection du foie se trahit par une simple hypéresthésie du lobe médian, est-elle d'un pronostic plus favorable que la dyspepsie sous laquelle se cache un lobe hypertrophié et induré, etc., etc.

8° *Traitement fondamental des maladies de la nutrition identique au traitement des maladies du foie.* — Empiriquement, la pratique combat les maladies de la nutrition avec les mêmes agents qu'elle emploie contre les maladies du foie : régime alimentaire, purgatifs, diurétiques, alcalins. Les boissons alcooliques, les excès de table sont proscrits aux goutteux aux graveleux, aux dyspeptiques, aux lithiasiques, comme ils le sont aux hépatiques; les farineux ne sont proscrits qu'aux diabétiques et aux dyspeptiques, mais leur suppression aux lithiasiques, aux goutteux, aux graveleux, rend à ceux-ci, à mon avis, les mêmes services; ils nuisent aussi aux ictériques ou dans les cirrhoses hypertrophiques. Les aliments gras sont funestes aux dyspeptiques et aux lithiasiques, comme aux hépatiques, c'est par théorie qu'on les conseille aux diabétiques. Les spécifiques traditionnels de la goutte, du rhumatisme chronique sont tous à base drastique; les médicaments les plus efficaces, à mon avis, contre les dyspepsies, les névropathies, sont les laxatifs; le laxatif est le meilleur somnifère du dyspeptique (Glénard). Or, il n'est pas de maladie du foie dans laquelle on ne recoure aux purgatifs.

III. — Pathogénie hépatique de la diathèse des maladies de la nutrition.

C'est par un inventaire rigoureux de tous les signes objectifs et subjectfs présentés par les maladies de la nutrition que l'on conclue à la localisation hépatique, c'est par la comparaison des diverses maladies de la nutrition entre elles et avec les maladies du foie chez des milliers de sujets que l'on conclue à la pathogénie hépatique de chacune de ces maladies, ce sera par la comparaison d'un sujet avec lui-même aux diverses étapes de sa vie de malade, que l'on concluera à la pathogénie hépatique de sa diathèse. Cette comparaison apporte en faveur d'une telle solution les arguments suivants :

1° *Permanence dans l'intervalle des maladies de la nutrition qui se succèdent chez un même sujet, des signes objectifs et subjectifs d'un principe morbide hépatique.* — Le type objectif de l'anomalie physique du foie, qui persiste dans les phases silencieuses de la diathèse, c'est le foie souple déformé, abaissé ou à ressaut, que, seule, permet le reconnaitre la technique de palpation par le « procédé du pouce »; or, l'expérience clinique apprend que ce type du foie est le stigmate d'une hypertrophie ou d'une congestion et qu'il implique une vulnérabilité anormale du foie. La symptomatologie fondamentale des diathésiques, dans l'intervalle de santé apparente qui sépare leurs diverses maladies, se traduit par les caractères suivants que nous avons déjà abstraits de la symptomatologie de ces mêmes maladies : anomalie soit de l'heure, soit du nombre, soit de la qualité, soit de la quantité des évacuations ou des mictions. Anomalie du sommeil (réveil à deux heures ou quatre heures du matin); nécessité d'un régime dont les farineux, les graisses, les boissons alcooliques doivent être exclus; périodicité quotidienne ou quotinocturne, en rapport avec la périodicité des actes digestifs, des malaises quels qu'ils soient. Ces symptômes sont les premiers à paraître dans les phases silencieuses de la diathèse, dès que le malade s'écarte de l'hygiène qui lui a été prescrite.

2° *Succession suivant un ordre régulier durant la vie du malade et en rapport, soit avec l'âge du malade, soit avec la date de la première maladie, des diverses maladies de la nutrition, parallèlement aux divers types objectifs du foie.* — C'est ainsi qu'on voit, par exemple, se succéder, chez un grand nombre de sujets, les maladies de la nutrition dans l'ordre suivant : obésité, catarrhe gastrique (hépatique), lithiase urique ou biliaire, neurasthénie ou entéroptose, goutte ou diabète, etc. De même voit-on les types objectifs du foie se succéder et se présenter sous l'aspect du foie sensible sans hypertrophie, puis du foie tuméfié, ensuite du foie hypertrophié, soit uniformément, soit d'un de ses lobes après l'autre, les divers types se succédant parallèlement aux diverses maladies; les foie souples déformé, à ressaut, abaissé, sont intermédiaires aux types objectifs précédents, dans les phases silencieuses de la diathèse.

Les maladies de la nutrition ne sont pas des accidents isolés, indépendants, fortuits, mais des manifestations subordonnées, solidaires, reliées par un enchaînement hiérarchique. Le cycle du processus se manifeste, non seulement par la succession des symptômes tirés d'un organe (par exemple, la flatulence, puis la douleur, puis l'aigreur, dans les troubles gastriques, la diarrhée après le repas, la constipation, puis les selles scybaliques, dans les troubles intestinaux); non seulement par la succession des symptômes tirés d'une maladie (par exemple, les symptômes gastriques, puis mésogastriques, puis neurasthéniques dans l'entéroptose et, parallèlement, l'atonie gastrique, puis la gastroptose, puis l'entérosténose) mais encore dans la succession des syndromes d'une diathèse. Il n'est donc pas douteux que le processus diathésique des maladies de la nutrition n'évolue parallèlement avec un processus hépatique.

3° *Début, interruption ou terminaison par une maladie proprement dite du foie, du processus diathésique des maladies de la nutrition.* — C'est ainsi que l'on observe fréquemment, — comme première maladie survenue après une santé parfaite jusque-là, dans les anamnestiques d'un sujet atteint actuellement, soit de diabète, soit de goutte, soit de gravelle, d'entéroptose ou de neurasthénie —, ou bien le syndrome de l'ictère ou bien celui de la congestion hépatique, et qu'on pourra observer chez lui plus tard, — comme dernière maladie, remplaçant les maladies de la nutrition—, ou bien une cirrhose atrophique avec ascite, ou bien une ptose définitive du foie. C'est ainsi que, fort souvent dans les anamnestiques du diathésique sont intercalés, entre deux maladies de la nutrition, comme l'obésité, la lithiase urique, l'accès de goutte, soit une congestion du foie, soit encore un ictère.

4° *Identité des causes de la première maladie diathésique et des causes de maladies du foie.* — Si l'on

remonte à la première maladie du diathésique, on observe souvent qu'elle est survenue en pleine santé, et les causes de la première maladie sont les suivantes : excès soit d'alimentation, soit de boissons alcooliques ; maladie infectieuse; chez les femmes, les divers actes de la vie puerpérale (auto-intoxication gravidique, menstruelle, ménopausique, etc., dont l'action perturbatrice sur le foie est démontrée); secousses psychiques violentes. Or, l'on sait que ce sont là des causes de maladies du foie. Le motif pour lequel ces causes provoquent, ici une maladie du foie à syndrome hépatique proprement dit, là une maladie du foie à syndrome de maladie diathésique, peuvent dépendre soit de l'intensité ou de la durée d'action de la cause première, soit d'une prédisposition héréditaire ; dans ce dernier cas on peut invoquer une hérédité hépatique mieux encore qu'une hérédité humorale, étant donné tout ce que nous savons maintenant des relations qui existent entre les maladies de la nutrition et les maladies du foie. L'évolution différente suivant les sexes, soit du processus hépatique de la diathèse, soit de l'ordre de succession des syndromes des maladies de nutrition, est en rapport avec la différence et souvent la complexité des causes premières, et prouve, d'un côté la réalité d'une diathèse acquise, de l'autre, l'importance capitale de l'étiologie.

5° *Identité des indications thérapeutiques de la diathèse et des maladies du foie.* — Les purgatifs, les diurétiques, la médication alcaline, un régime alimentaire spécial, tels sont les agents empiriquement employés dans le traitement des maladies de la nutrition, ce sont ces mêmes agents auxquels on recourt dans les maladies du foie. Dans les stations thermales de cure alcaline sont envoyées empiriquement les maladies de la nutrition, les dyspepsies, les neurasthénies, les maladies du foie, et cette pratique séculaire se conserve en dépit de toutes les théories de pathologie générale. Des divers agents, dont l'emploi simultané doit faire la base du traitement des maladies de la nutrition, il en est un, qui après avoir joui d'une vogue séculaire, est aujourd'hui à peu près délaissé, c'est l'agent purgatif. Or, l'empirisme enseigne que cette vogue de jadis était méritée, qu'on doit lui rendre sa place dans les prescriptions thérapeutiques ; aujourd'hui c'est par des arguments scientifiques que l'indication en doit être formulée dans les maladies de la nutrition, car les maladies de la nutrition sont des maladies du foie et les maladies du foie comportent l'indication des purgatifs. Dans les phases silencieuses de la diathèse, les mêmes prescriptions thérapeutiques sont celles qui préviennent la récidive des maladies de la nutrition; elles constituent le traitement hygiénique de la diathèse.

6° *Solution rationnelle du problème nosologique.* — La doctrine de l'hépatisme répond aux *desiderata* de la clinique en traduisant par une localisation hépatique permanente le lien de parenté entre les maladies de la nutrition, certaines dyspepsies, certaines névropathies et les maladies proprement dites du foie, en montrant que la persistance du principe morbide commun dans l'intervalle des maladies de la nutrition se manifeste par des signes objectifs et des symptômes subjectifs de pathogénie hépatique, en prouvant que la cause seconde, endogène de la diathèse se trouve dans un fonctionnement vicieux du foie, en démontrant que les causes premières de la diathèse, qui sont en même temps les causes déterminantes de l'éclosion ou de la récidive des maladies de la nutrition, sont des causes de maladies du foie. La nomenclature nosologique qui résulte de cette interprétation répond aux exigences de la clinique qui, pour traiter une maladie, demande que son non implique syndrome apparent, cause seconde, cause première, car cette nomenclature devient la suivante, par exemple :

Obésité, dyspepsie, neurasthénie, entéroptose, goutte, gravelle, lithiase, diabète, etc., *hépatiques*, alcoolique, puerpéral, impaludique, infectieux, toxique, traumatique, psychique, etc., etc. De même qu'il y a une congestion, une ptose, une hypertrophie, une stéatose, une cirrhose du foie, d'origine alcoolique, saturnine, nerveuse, infectieuse, toxique, puerpérale, etc.

Ou bien, dans l'intervalle silencieux des maladies diathésiques :

Hépatisme infectieux, paludéen, puerpéral, alcoolique, bromatique (excès alimentaires), émotif, traumatique, etc., etc., de même qu'il y a une ptose du foie, en même temps plus ou moins déformé, imputable à chacune de ces causes.

De même que la difficulté de classer les malades à syndromes antécédents multiples nous a obligés à invoquer l'idée d'un principe morbide commun à ces divers syndromes, de même sommes-nous obligés, en présence de malades chez lesquels coïncide avec une maladie de la nutrition, une maladie avérée du foie, de créer un casier, soit de la maladie de la nutrition symptomatique d'une maladie du foie, soit de maladie du foie compliquée d'une maladie de la nutrition, soit enfin un casier désigné par la cause hypothétique de ces maladies coïncidentes et nous sommes ainsi ramenés à la classification des maladies par leur cause première.

La doctrine de l'hépatisme résout de la façon la plus naturelle les problèmes suivants, chaque jour posés par la clinique :

Cette femme dyspeptique, qui a eu des coliques hépatiques et présente un gros foie, doit-elle être classée dans la dyspepsie, la lithiase biliaire ou les maladies du foie? ou bien, comme on trouve dans ses anamnestiques, une grossesse à l'origine du premier trouble de la santé, doit-elle être classée dans les auto-intoxications gravidiques, par exemple ? Voilà un malade qui a de l'hépatoptose et des coliques hépatiques, où le classer ? Que de cas dans lesquels il existe des coliques sans hépatoptose, et l'hépatoptose sans coliques ! La même hépatoptose peut s'accompagner, tantôt de coliques hépatiques, tantôt de dyspepsie, tantôt d'entéroptose. Doit-on classer ces malades, présentant un même type objectif du foie, dans des cases différentes ou bien les considérer comme les variétés dyspeptique, entéroptosique, hépatique proprement dite, névropathique de l'hépatoptose ? Et ce diabétique qui a une cirrhose hypertrophique du foie, et chez lequel la glycosurie a succédé à la dyspepsie et sera remplacée par l'ascite, n'a-t-il appartenu au groupe des maladies de la nutrition que pendant sa glycosurie, alors qu'avant cette glycosurie, c'était un simple dyspeptique, et après un pur hépatique ?

Relativement au parallèle avec les autres doctrines, les doctrines de l'arthritisme, de la bradytrophie, de l'herpétisme, qui ont été édifiées sans que l'on connût la participation du foie, la discussion doit s'établir, non plus maintenant sur la valeur des arguments qu'elles invoquent en leur faveur, mais sur le poids des objections qu'elles opposent à la doctrine de l'hépatisme, puisque la doctrine de l'hépatisme comporte, en outre

de la notion de caractères nouveaux non encore inventoriés jusque là, les notions, que ne comportent pas les autres doctrines, des causes spéciales et du traitement propre de l'affection diathésique. Comme l'a dit Bouchard, la véritable application d'un système, son critérium par excellence, c'est la thérapeutique.

On doit démontrer pour ruiner la doctrine de l'hépatisme :

1° Qu'il n'existe pas de diabète hépatique alcoolique ; 2° qu'il n'existe pas de diathèse hépatique alcoolique ; 3° qu'il n'existe pas deux variétés d'entéroptose, l'une acquise, l'autre diathésique ; 4° que l'état du foie, dans les maladies de la nutrition, ne fournit aucun enseignement, ni sur l'étiologie, ni sur la pathogénie des symptômes, ni sur les indications thérapeutiques, ni enfin sur le pronostic de la diathèse ; 5° qu'une maladie du foie peut exister sans se traduire par aucune manifestation, ce qui serait le cas, si l'on considérait encore comme non hépatiques, les maladies de la nutrition dans lesquelles je démontre que le foie est malade ; 6° que l'hépatisme ne comble pas mieux que les autres doctrines, le désidératum indiqué par la clinique, de dégager, sous les maladies de la nutrition, un caractère fondamental.

Est-ce que le trouble fondamental du foie, acquis ou héréditaire, qui préside à la succession des maladies de la nutrition et les relie aux maladies du foie, ne réalise pas cette triple condition d'expliquer : *a*) par la variété, des aspects sous lesquels il peut se présenter (troubles de la cholépoïèse, de la glycopoïèse, de l'hématopoïèse, de la fonction pigmentaire, de la fonction martiale, de la fonction d'arrêt des poisons), la variété des syndromes ; *b*) par sa présence constante dans chacune de ces maladies, les traits de ressemblance qui existent entre elles ; *c*) par son rôle élevé dans la nutrition générale, la place prépondérante qu'on est tenté de lui attribuer dans la pathogénie ?

C'est maintenant à la pathologie expérimentale, c'est à une analyse clinique nouvelle, orientées dans cette nouvelle voie qu'indique la clinique elle-même, de confirmer ou d'infirmer cette doctrine.

Mais déjà est-ce que, si leur existence est confirmée, le diabète alcoolique, la diathèse alcoolique ne sont pas, l'un, une maladie de la nutrition, l'autre, une diathèse, telles que l'expérimentation eût pu les rêver ?

Est-ce que l'édifice de l'hépatisme ne reçoit pas sans fléchir les nouvelles assises qu'accumulent sur lui les faits observés, aussi bien ceux qui étaient connus avant que l'idée d'une synthèse hépatique eût germé, que les faits mis au jour depuis l'existence de cette doctrine ?

On connaît aujourd'hui le foie infectieux, le foie paludéen, le foie de la grossesse, la cirrhose nerveuse, la cirrhose saturnine ; on connaît la folie, le délire, la pseudo-paralysie, le coma, la neurasthénie, la dyspepsie, l'éclampsie hépatiques, on connaît la neurasthénie infectieuse, les névroses postinfectieuses, le diabète grippal, la goutte saturnine, la migraine, le pseudo-angor par auto-intoxication (hépatique), les auto-intoxications de la grossesse, de la menstruation, les néphrites hépatiques. Sans parler des syndrômes que j'ai proposés : neurasthénie hépatique ; dyspepsies, gastrites hépatiques par précirrhose, prélithiase ; entéroptose hépatique ; diabète, lithiases, goutte, alcooliques ; chlorose hépatique, que d'autres démonstrations prévues par la doctrine de l'*hépatisme*, — l'hépatisme étant compris dans le sens d'une maladie générique (affection) du foie, disposant le sujet aux maladies spécifiques (maladies de la nutrition, certaines dyspepsies, névropathies) qui sont symptomatiques des poussées du processus hépatique —, que d'autres démonstrations vont bientôt confirmer la légitime adaptation, aux faits cliniques observés, de cette doctrine si séduisante ! Le véritable critérium de la solidité d'une doctrine c'est, en outre de son application thérapeutique, sa puissance d'absorption à l'égard des faits conjecturés par elle et mis au jour en dehors d'elle !

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Hygiène sociale : Prisons et prisonniers.

Une prison cellulaire devant être construite à Bernay (Eure), chaque commune doit participer à la dépense. Le conseil municipal de Brionne a ajourné son vote et émis le vœu de voir changer le *régime des prisons*. «Depuis longtemps, dans ce journal (le *Rappel de l'Eure* du 24 mars), nous luttons contre le bien-être dont jouissent dans nos prisons les gredins qui font la terreur des campagnes, mieux traités qu'ils sont que les soldats à la caserne. Le conseil municipal de Brionne a donc émis ce vœu que nous voudrions voir exprimé par tous les conseils municipaux de France à savoir que les détenus soient plus rigoureusement traités qu'ils ne le sont. »

On n'est pas très humain au *Rappel de l'Eure*. Tout en reconnaissant que trop souvent, à Paris et ailleurs, on s'est plus préoccupé des *prisonniers* puis des *libérés* que des *malades*, que le *patronage des libérés* fonctionne depuis bien des années alors que le *patronage des aliénés* existe à peine (1), nous ne saurions néanmoins partager en aucune façon l'opinion du journaliste ébroïcien.

Nous sommes d'avis que si la Société a le droit et le devoir de se garantir contre les « criminels », elle doit placer ces *malheureux* dans des conditions salubres, non seulement pour eux-mêmes mais aussi dans son intérêt même. Bien des épidémies, notamment de typhus, ont eu leur point de départ dans les prisons, les dépôts de mendicité, les violons. Si le typhus, « mal de misère », frappe de préférence les *gueux*, il n'épargne pas non plus, à l'occasion, les *riches*.

Nous nous sommes servi à dessein du mot *malheureux*, car lorsqu'on examine avec soin les prisonniers, on constate sans peine qu'un grand nombre d'entre eux présentent des signes de dégénérescence aussi accusés que beaucoup d'aliénés. L'étude de leurs *antécédents héréditaires* et *personnels*, si elle était faite sérieusement, ne différerait point, dans bien des cas, de ceux des malades des asiles. Ajoutons qu'il n'est pas difficile de reconnaître parmi eux des débiles, des imbéciles ou des aliénés. Pour toutes ces raisons, soyons humains. B.

Les médecins sanitaires.

En 1895 nous avons, dans un Bulletin intitulé : *L'hygiène dans la marine marchande ; la situation du médecin à bord* (2), examiné, à propos de la thèse du Dr J. Mallet, la situation fausse, sans dignité et sans autorité faite, par les Compagnies de navigation maritime, au médecin qu'elles sont tenues d'avoir à bord de leurs navires. « Quelles conclusions à tirer disions-nous, de ces faits navrants, si ce n'est l'émission

(1) Le Conseil municipal de Paris a voté en décembre dernier un crédit de 1.500 fr. pour la « Société pour le patronage des libérés » et seulement 1.000 francs pour la « Société de patronage des aliénés guéris. »

(2) *Progrès Médical*, 9 février 1895.

du vœu que l'Etat veille à l'application scrupuleux des règlements sanitaires, qu'une loi au besoin oblige les Compagnies à s'y plier et que le médecin, commissionné par le gouvernement, puisse, à l'abri des menaces, conserver sa dignité et faire son devoir. Ces vœux étaient émis dès 1885, par M. le Pr Proust; on en attend encore la réalisation. »

Ce n'était pas du reste la première fois que notre journal abordait la question, et notre prédécesseur et ami Marcel Baudouin avait, à diverses reprises, consacré des articles aux médecins des Messageries maritimes. Depuis 1895, la situation s'est modifiée, un décret a décidé la création de médecins sanitaires. Les médecins porteurs de ce titre, après avoir passé un examen spécial, peuvent seuls remplir les fonctions de médecins sur les navires marchands. Le décret dans la forme était brutal, car il sacrifiait les situations acquises de médecins ayant voyagé de longues années et peu disposés à passer de nouveaux examens et à se remettre sur les bancs de l'école. On leur laissait deux ans pour acquérir le certificat de médecin sanitaire; c'était les briser aux gages et les obliger à tenter de chercher dans la médecine civile, si encombrée, une situation nouvelle. Ce fut cette raison qui nous fit intervenir, au nom du Syndicat des médecins de Marseille, auprès du groupe médical parlementaire. Nous avons appris, depuis, qu'en pratique les anciens médecins de la marine marchande n'ont pas été sacrifiés et que les prescriptions si fâcheuses du décret à leur égard, n'ont pas été appliquées. Notre intervention à ce sujet nous a valu les critiques du *Bulletin de la Société de médecine sanitaire maritime*, et la visite d'un de ses rédacteurs qui nous a éclairé sur l'état actuel de la question des médecins sanitaires.

Il est indiscutable que, depuis le décret de 1896, le niveau intellectuel des médecins de la marine marchande se soit élevé, puisqu'il faut être déjà docteur pour obtenir le brevet de médecin sanitaire.

Il en est résulté une plus grande autorité du médecin dans les Compagnies et un plus grand souci de l'hygiène du navire. Mais nous sommes encore loin de compte. Le médecin reste l'employé de la Compagnie qui le paie et qui peut du jour au lendemain le remercier. Cependant, il peut être tenu de prendre des mesures nuisibles aux intérêts commerciaux de la Compagnie. Quelle autorité a-t-il pour les imposer? Ne se trouve-t-il pas parfois hésitant entre son devoir et son intérêt? Deux facteurs que l'on doit autant que possible éviter de se mettre en conflit.

Il ne pourra librement accomplir sa tâche que si, commissionné par le Gouvernement, il est imposé aux Compagnies. Ces dernières ont, pour la plupart, accepté le décret sans enthousiasme car, en restreignant le nombre des médecins qui peuvent remplir le rôle de médecins sanitaires, il augmente le chiffre, bien modique encore, de leurs appointements. Aussi, certaines de ces Compagnies cherchent-elles à s'en passer. Il est des navires qui partent de Marseille sans médecin, vont prendre des passagers à Gênes ou à Naples et y embarquent un *médecin sanitaire italien* à cent sous par jour; en revenant, ces mêmes navires déposent en Italie une partie de leurs passagers et le médecin. Malgré cette violation du décret de 1896, il ne s'est jamais trouvé un consul pour refuser le visa sanitaire à ces navires et leur faire appliquer les pénalités édictées par le décret.

La réputation du service sanitaire sur les bateaux français était naguère si déplorable, qu'en 1893 une convention fut conclue entre la République Argentine, l'Uruguay et le Brésil, imposant à tous nos navires un inspecteur sanitaire américain, choisi après examen par un de ces trois Etats. Cet inspecteur sanitaire, à la solde de cinquante francs par jour, payés bien entendu par les Compagnies, avait des droits très étendus et blessants pour le médecin français, dont il mettait en doute, par sa seule présence, l'honnêteté et la valeur professionnelles. Certains de nos confrères ne purent, sans protester, laisser subir cette honte au pavillon français; ils réclamèrent au consul général de France à Buenos-Ayres, qui, ami du repos, déclara se désintéresser de la question. La mesure cessa pendant un certain temps pour reprendre ensuite, et nos gouvernants, croyons-nous, toléraient encore naguère de pareilles humiliations.

Il est donc temps qu'on donne aux médecins sanitaires l'autorité et la situation auxquelles ils ont droit. L'indépendance, vis-à-vis des Compagnies, leur est indispensable pour bien remplir leur tâche délicate, qu'on songe que c'est à eux que l'on doit d'échapper aux fléaux des grandes épidémies. Aussi, bien que le *Bulletin de la Société de Médecine sanitaire* ne nous ait pas épargné ses critiques, ignorant sans doute nos sentiments à son égard et le mobile de notre protestation contre le décret de 1896, nous souhaitons pour médecins sanitaires de nouvelles mesures qui améliorent leur situation présente et assurent dignement leur avenir. J. Noir.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 2 avril 1900.

Contribution à l'étude des sérums antileucocytaires; leur action sur la coagulation du sang.

M. Delezenne, dans des recherches antérieures a vu que tous les agents anticoagulants du groupe de la peptone sont des destructeurs des globules blancs, et que la leucolyse *in vivo* est le *primum movens* de l'incoagulabilité. Il a paru intéressant à l'auteur d'étudier l'action anticoagulante d'un sérum antileucocytaire obtenu par l'injection, à d'autres espèces animales, d'émulsion de ganglions lymphatiques, ou de sérum défibriné de chien. Ce sérum antileucocytaire, ajouté, *in vitro*, à du sang de chien, favorise la prise en caillot et diminue le temps de coagulation: au contraire, introduit dans le torrent circulatoire, il entrave la coagulation, en même temps que l'on constate chez l'animal en expérience, une hypoleucocytose marquée, une excitation très vive suivie d'une narcose profonde, enfin, une chute considérable de la pression sanguine; c'est, on le voit, le tableau complet de l'intoxication peptonique.

Sur la fixation des bases alcalines dans le squelette minéral du fœtus pendant les cinq derniers mois de la grossesse.

M. Hugonnencq, par l'analyse des centres provenant de

l'incinération complète de sept embryons d'âges divers, a pu constater, relativement aux proportions respectives de soude et de potasse, que la soude est prédominante dans les premiers mois, à cause de l'abondance du tissu cartilagineux riche en sel marin ; mais à mesure que les organes contenant beaucoup de sels de potasse. comme les globules rouges et les fibres striées se développent, on voit augmenter la proportion de ce dernier corps, qui est ainsi en rapport avec le degré de développement, et aussi, dans une certaine mesure, avec la vigueur du sujet.

Sur un nouveau microbe pathogène : la bactéridie myophage du lapin (B. myophagus cuniculi).

Le microbe que M. Phisalix décrit dans ce travail est l'agent d'une maladie spontanée du lapin, maladie caractérisée par des symptômes de paralysie, de contracture et quelquefois de l'exophtalmie. Les lésions sont localisées dans les muscles qui, sous l'influence du microbe, subissent une véritable nécrose. Ce microbe est aérobie, cultive difficilement dans les milieux ordinaires, mieux dans les milieux additionnés de muscle frais ; c'est un bacille ténu qui peut s'allonger en filaments très longs ; il est immobile, ne prend pas le Gram. Inoculé dans la veine de l'oreille du lapin, il reproduit les symptômes de la maladie avec les lésions musculaires caractéristiques.

Phisalix.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 7 avril 1900. — Présidence de M. Troisier.

Variation pathologique de la quantité d'iode dans le corps thyroïde.

MM. Charrin et Bourcel ont recherché l'iode dans le corps thyroïde des nouveau-nés morts accidentellement (asphyxie, circulaire, etc.) et chez les nouveau-nés morts de maladies (broncho-pneumonie, méningite), chez des nouveau-nés dont les mères étaient malades et débilitées (tuberculeuses, alcooliques). Dans les premiers (mères saines, enfants sains) l'iode existait dans le corps thyroïde, l'iode manquait chez les malades, et chez les enfants nés de mères malades.

Carie dentaire expérimentale.

M. Choquet a reproduit expérimentalement chez le mouton une carie dentaire en inoculant la culture du microorganisme d'une carie dentaire humaine.

Tuberculine inoculée par voie cérébrale aux cobayes.

M. Borel, par inoculation intra-cérébrale, met en évidence la toxicité de certaines substances inoffensives en inoculations sous-cutanées. Chez le cobaye sain, par voie sous cutanée, la tuberculine n'est pas toxique, même à haute dose ; l'inoculation intra-cérébrale de trois milligrammes de tuberculine tue l'animal. Chez le cobaye tuberculeux 1/1.000 de milligramme de tuberculine suffit pour tuer l'animal. De même la *malléine* suit exactement la même marche ; inoffensive sous la peau, elle est mortelle en inoculation intra-cérébrales, et beaucoup plus virulente chez le cobaye tuberculeux.

Lésion primitive du tabes.

M. Nageotte a étudié une femme présentant tous les symptômes d'une tumeur cérébrale, plus le signe de Westphal. A l'autopsie : gliome au niveau du corps calleux et dégénérescence recente des racines postérieures sur toute la hauteur de la moelle, avec prédominence dans la région cervicale. Il y avait coexistence de la tumeur et d'un tabes légitime.

Par la méthode de Marchi, le point de départ du processus tabétique était évident et appuyait la théorie émise en 1894 par l'auteur de la « *névrite radiculaire interstitielle tranverse.* » Il existait sur le trajet des nerfs une lésion conjonctive très limitée, mais très intense. d'ordre infectieux, avec des lésions de la myéline limitées au point de passage des racines antérieures et postérieures à travers la lésion conjonctive. Mais la racine antérieure reprend son aspect normal au-dessous de la lésion et son neurone ne paraît pas en souffrir; la racine postérieure, au contraire, dès son arrivée dans la moelle, présente une dégénérescence intense. La gaîne du nerf radiculaire s'infecte secondairement à l'apparition d'une méningite spéciale qui ne manque jamais dans le tabes et qui se retrouve ici. On peut comparer la lésion du nerf radiculaire au retentissement des lésions infectieuses locales sur les voies lymphatiques.

La systématisation du tabes dépend donc de deux facteurs : 1° les dispositions particulières de l'appareil lymphatique, qui permettent à l'agent morbide de concentrer son action sur un point spécial des racines ; 2° des propriétés spéciales des neurones radiculaires, qui font que la racine antérieure résiste ou après avoir cédé, tend à se réparer, tandis que la racine postérieure dégénère progressivement sous l'influence de la lésion infectieuse du nerf radiculaire.

Bactériologie des empyèmes du sinus de la face.

MM. Stanculeanu et Baup. — Il y a cliniquement et bactériologiquement deux empyèmes du sinus de la face : 1° L'une à pus fébrile, polymicrobien, avec des espèces anaérobies (b. vacuosus, sespeus, perfringens, etc.), consécutive à l'infection d'origine dentaire; 2° l'autre, d'origine nasale, à mucopus non fétide, avec les espèces aérobies banales, hôtes habituels des fosses nasales. Les microbes de la bouche sont très fréquemment anaérobies ; ceux du nez au contraire sont aérobies. Dans les injections aux animaux les b. aérobies du nez ; les anaérobies de la bouche se sont montrés virulents.

Orthoformate d'éthyle.

MM. Brissemorel et Joanis. — L'*orthoformiate d'éthyle* est un hypnotique, les dérivés de l'acide carbonique étudiés par les auteurs, sont peu actifs et toxiques.

Hématozoaires endoglobulaires de l'hippocampe.

M. Laveran a étudié le sang de l'hippocampe, où MM. Sabrazès et Muratet avaient décrit un hématozoaire endoglobulaire. Il a reconnu les mêmes lésions, mais pour lui l'aspect granuleux des globules n'est pas dû à la présence d'hématozoaires, mais à la dégénérescence globulaire.

Amygdales, ganglions lymphatiques.

M. Retterer étudie l'origine et l'évolution du réticulum des follicules des amygdales et le compare à celui des ganglions.

Structure du cylindre axe.

M. Suchard étudie les fébrilles que l'on rencontre dans la substance fondamentale du cylindre axe qui forme un plexus ; mais il est difficile de dire si ces fibrilles sont anostomosées ou simplement accolées.

M. Moussu étudie l'influence des toxines sur la circulation lympathique. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 10 avril 1900. — Présidence de M. Marey.

Diagnostic rapide de la rage du chien mordeur.

M. Rabes présente un procédé de diagnostic rapide basé sur la présence dans la substance grise du bulbe de nodules embryonnaires avec infiltration embryonnaire périvasculaire. Ce résultat histologique est toujours confirmé par l'inoculation.

M. Laborde rappelle les travaux de M. Neveu, faits en 1872 sur cette infiltration embryonnaire des centres et des ganglions nerveux.

Traitement igné de la panophtalmie.

M. de Lapersonne réussit à réaliser l'antisepsie complète

de l'orbite en carbonisant le corps vitré au thermocautère et injectant dans la coque vide une solution aqueuse de sublimé; ce procédé évite l'infection secondaire et l'ophtalmie sympathique.

La pleurésie appendiculaire.

M. DIEULAFOY fait sur la pleurésie causée par l'appendicite une importante communication. Voici ses principales conclusions :

1° L'apparition de la pleurésie appendiculaire survient quelques jours après le début de l'appendicite. C'est même quand les symptômes appendiculaires semblent se calmer que la complication pleurale apparaît; en six, huit, dix jours, l'infection a eu le temps de se propager de l'appendice à la plèvre ; 2° la pleurésie appendiculaire est toujours une pleurésie *droite*. Les exceptions à cette règle sont extrêmement rares. La phase pleurétique se confond avec la phase hépatophrénique : douleurs vives à l'hypocondre droit, douleur thoraciquo avec retentissement à l'épaule droite, toux quinteuse sans expectoration, dyspnée intense, tels sont les symptômes du début; 3° dans quelques cas, l'infection de la plèvre est à peine ébauchée, et la lésion se réduit à une pleurésie sèche qui se traduit par des frottements. Dans d'autres circonstances, le liquide de la pleurésie appendiculaire est réduit à son minimum d'infection; l'épanchement a l'apparence d'un liquide séreux et la complication guérit sans autres incidents; 4° le plus souvent le liquide de la pleurésie appendiculaire est trouble, fétide et putride. Ce liquide n'est pas homogène, il est mal lié et forme rapidement un dépôt. L'auscultation et la percussion donne les signes d'un grand épanchement; à ces signes se joignent parfois les signes d'un pneumothorax dû au dégagement des gaz engendrés par la putréfaction. Dans un cas on a constaté la vomique; 5° l'intervention chirurgicale doit être hâtive, parfois même elle doit être double; il faut attaquer l'infection pleurale par l'opération de l'empième et l'infection péritonéale par la laparotomie; 6° malgré cette double intervention, il est à craindre que le malade succombe, car il est déjà infecté et intoxiqué. Le vrai traitement est donc le traitement prophylactique, celui qui consiste à enlever le foyer appendiculaire dès l'apparition de l'appendicite; c'est là la seule thérapeutique sage et rationnelle celle qui met à l'abri des dangers et des complications sans nombre de l'appendicite.

Traitement du diabète arthritique (1).

M. CORNIL communique, au nom de M. VIGOUROUX, un résumé de ses observations de diabète arthritique, traité par le régime lacté alterné et l'électricité statique. Il ne conseille ce dernier traitement que dans les cas de nutrition ralentie, il est, au contraire, contre-indiqué dans les diabètes cachectiques avec dénutrition rapide.

M. BARTHEZ (de Chartres) lit un travail sur les *résultats excellents donnés par l'application de la loi Roussel en Eure-et-Loir.*

Elections de deux associés étrangers.

M. SKIFFASOWSKI (Saint-Pétersbourg), 50 voix; M. ROENTGEN (de Wurtzbourg), 49 voix. A.-F. PLICQUE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 6 avril 1900. — PRÉSIDENCE DE M. TROISIER.

Choléra nostras causé par l'entérocoque.

MM. GALLIARD et R. MONOD ont soigné à l'hôpital Saint-Antoine un homme de 36 ans qui avait été brusquement atteint de diarrhée et de coliques très vives. Ce malade prit bientôt l'aspect d'un véritable cholérique : facies spécial, algidité, vomissements, anurie, diarrhée à grains riziformes, crampes dans les jambes, myosis, etc. Dès le lendemain le collapsus survint, la température tomba à 35°,8. Les urines étaient albumineuses. On pratiqua plusieurs injections de sérum de Hayem, une légère amélioration survint, mais le malade ne réagit pas et il mourut après dix jours de maladie dans un état de stupeur prononcée avec de l'hypothermie. On ne trouva pas de lésions macroscopique à l'autopsie. L'examen bactériologique des selles et des grains riziformes permit à M. R. Monod de constater la présence de nombreux coli-bacilles et de diplocoques qui paraissent être des entérocoques, ont été retrouvés à l'examen du sang et dans divers organes. On est tenté de leur attribuer l'origine de cette entérite.

M. HAYEM croit, d'après les travaux de Thiercelin, qu'on doit attribuer à l'entérocoque les cas d'entérites que l'on a observés dans la dernière épidémie de grippe. Peut-être la présence de l'entérocoque et son rôle septique suffiront à expliquer les relations des appendicites et de la grippe.

Acné chlorique et tuberculose pulmonaire résultant d'une intoxication professionnelle.

M. RÉNON et LATRON ont observé un malade employé dans une usine où l'on traitait du chlorure de sodium par l'électrolyse pour fabriquer du chlore et du chlorure de chaux. Les vapeurs de chlore ont déterminé chez ce malade une éruption d'acné comédon sur les oreilles, au menton, sur le ventre. Cet acné présente à certains points l'aspect bleuâtre produit par l'explosion de grains de poudre sur la peau. Le malade porte, en outre, aux oreilles un certain nombre de kystes sébacés. Les vapeurs de chlore ont encore prédisposé cet homme, jadis très bien portant, à la tuberculose pulmonaire dont il est actuellement atteint. Il offre à l'heure actuelle des signes de caverne à un sommet et ceux d'une lésion en voie de ramollissement de l'autre côté.

Cirrhose hypertrophique biliaire à début splénique avec adénomégalie.

M. MILIAN en son nom et au nom de M. LANCEREAUX présente des pièces anatomiques provenant d'un jeune homme tombé malade à la fin de 1898. L'affection avait débuté par des douleurs dans l'hypochondre gauche, une hypertrophie considérable de la rate était survenue sans modification de la composition du sang ce qui avait dû faire écarter la leucémie splénique. L'hypertrophie du foie, un léger ictère, la réaction de Gmelin des urines, sans qu'il y eut décoloration des selles, firent porter le diagnostic de cirrhose hypertrophique biliaire de Hanot à début splénique avec adénomégalie. Des hématémèses abondantes déterminèrent la mort en février dernier. Le diagnostic fut vérifié par l'autopsie. La rupture d'une varice œsophagienne avait été l'origine des hématémèses. Il n'y avait pas d'ascite, le foie était atteint de cirrhose porto-biliaire avec péri-angiocholite, les glomérules de Malpighi de la rate avaient disparu presque complètement sous l'influence des lésions cirrhotiques. Les ganglions de l'abdomen hypertrophié étaient sclérosés et chargés de pigments. Cette observation offre un intérêt clinique à cause de la dépression et de la somnolence jointe à l'oligurie, aux doigts hippocratiques, à l'état du sang peu coagulable mais sans leucocytose. Le début splénique et l'adénomégalie doivent aussi être pris en considération.

M. HAYEM fait remarquer les points communs de cette observation et des cas d'ictères infectieux chroniques avec splénomégalie.

M. CHAUFFARD, tout en faisant des réserves sur l'origine splénique de toutes les hépatites, pense que dans ce cas il y a eu splénopathie primitive et ictère infectieux chronique avec cirrhose hypertrophique biliaire consécutive.

Diagnostic et traitement du pneumothorax à soupape.

M. BÉCLÈRE préconise l'emploi d'un manomètre improvisé fait avec une aiguille à injections hypodermiques, un tube en caoutchouc et un tube de verre de 15 centimètres, plongeant à moitié dans un verre rempli d'eau, pour se rendre compte si un pneumothorax est ouvert à soupape ou fermé. Cette ponction avec une aiguille fine est pour lui un traitement de choix du pneumothorax à soupape, car il permet de faire évacuer les gaz qui sont accumulés avec une pression trop forte. Une injection de morphine sera, en outre, le meilleur moyen de calmer la toux.

M. GALLIARD donne une importance bien plus grande aux

(1) Cette note sera publiée *in extenso* dans le prochain numéro.

lésions qui ont causé le pneumothorax, qu'à la tension des épanchements gazeux dans la plèvre.

M. Souques a pu diagnostiquer, au moyen de l'appareil de M. Béclère, qu'un pneumothorax était fermé.

Moule fibrineux bronchique hémorragique.

M. Souques raconte qu'un de ses malades fut pris de suffocations à la fin d'une fièvre typhoïde, au point qu'on dut le trachéotomiser. Il sortit de la trachée un moule fibrineux bronchique rouge et ramifié de 16 centimètres de longueur. Ce malade n'avait pas eu d'hémoptysies. Il mourut, et à l'autopsie l'on trouva des caillots dans les bronches et de la congestion pulmonaire.

Pipette d'alimentation.

M. Duflocq présente un instrument destiné à l'alimentation des malades qui ne peuvent s'asseoir ni se lever. Cette pipette d'alimentation a été construite par M. Rosenthal.

J. Noir.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE.

Séance du 9 avril 1900. — Présidence de M. Benoit, conseiller à la cour.

Un cas d'illusion visuelle d'origine onirique chez un alcoolique.

M. Granjux. — Un lundi matin, il me fut rendu compte d'une punition très grave prononcée contre un sous-officier réserviste, pour les motifs suivants : « Etant de garde et consigné est sorti du quartier à deux reprises, a tenu à un homme en prévention de conseil de guerre des propos contraires à la discipline, s'est exprimé au poste de police en termes injurieux sur le compte des officiers de la section. »

Immédiatement, je procédai à une enquête, et débutait par interroger le coupable. Je m'attendais à trouver un exalté ou tout au moins un homme à allures énergiques. Au lieu de cela je vis apparaître un être affaissé, presque indifférent, à l'air abruti. En temps normal, il était marchand de bestiaux, ou plutôt « marchand de vaques », ainsi que disent les Normands. Dans cette profession l'alcoolisme est fort en honneur et notre homme avait soin de suivre la tradition. Il ne s'en défendait pas, et l'eut-il fait que le tremblement de ses mains et de sa langue lui eût donné un démenti formel. Du reste, lors de son appel comme réserviste, il avait fait de telles libations soit à son départ de chez lui, soit pendant le trajet, qu'il s'était endormi dans le chemin de fer, avait dépassé la station où il devait descendre et était en retard au quartier. C'est pour cela qu'il était consigné et avait pris la garde le dimanche.

Il avouait tout ce qui lui était reproché et ne trouvait pas un mot pour se défendre. Il ne savait que cette phrase, répétée sans cesse : « J'ai eu tort. J'ai eu tort. » Heureusement pour lui que l'enquête devait montrer, sous leur jour réel, les faits qui lui étaient reprochés. Voici, en effet, ce qu'elle m'apprit. Le samedi, quand il sut qu'il prendrait la garde le lendemain, fut désolé, non pas pour la perte d'un jour de liberté, mais parce qu'il y avait à la prison un soldat en prévention de conseil de guerre. Peu auparavant les journaux avaient raconté que des hommes en pareille situation étaient morts de maladie ou s'étaient suicidés dans leur cellule, et notre sergent, qui avait lu sans doute ces récits, raconta, à différentes reprises à ses camarades, qu'il n'avait pas de chance et que pendant sa garde un accident de ce genre se produirait. Pendant le repas du soir il ne fit que parler de cela et s'ancra cette idée malgré tout ce que lui disaient les autres sous-officiers. Le dimanche matin, dès qu'il prit la garde, il fut voir le prisonnier qui lui était totalement inconnu, causa avec lui affectueusement, en ami, s'enquit avec le plus grand soin de sa santé, qui, du reste, ne laissait rien à désirer. Malgré cela, quand la visite fut sonnée, le sergent alla trouver le médecin-major et lui dit qu'il y avait à la prison un homme très malade, à peine en état de venir jusqu'à l'infirmerie. Il reçut l'ordre de l'amener et alors se passa une scène pas banale.

Le médecin demandant au prisonnier ce qu'il avait, celui-ci répondit : « Moi, rien du tout. C'est le sergent qui a voulu que je vienne à la visite. » Et celui-ci, s'approchant du médecin, lui dit, tout bas, à l'oreille : « Il ne se doute pas de son état. Mais dès que je l'ai vu avec son visage pâle, ses yeux noirs, ses traits tirés, etc., je ne me suis pas trompé. J'ai bien vu qu'il était très malade et je vous l'ai amené. » Le médecin lui répondit qu'il faisait erreur, que l'homme n'était pas malade et qu'il n'avait qu'à le réintégrer dans sa prison. Le sergent revint encore à la charge et s'en alla tout navré de l'insuccès de sa démarche. Au déjeuner, il raconta à ses camarades que le prisonnier, quoique très malade, n'avait pas été reconnu par le médecin, qu'un accident se produirait probablement dans le journée, et que ses pressentiments de la veille devaient se réaliser.

Après le déjeuner, le sergent retourna tenir compagnie au détenu, puis brusquement, vers midi, il sortit du quartier et courut chez l'officier de semaine, lui disant que le prisonnier était au plus mal. L'officier suivi du sergent se rendit en toute hâte à la prison, où il trouva le détenu bien portant, ne se plaignant de rien. Alors le sergent recommença son manège du matin, disant que l'homme ne se doutait pas de son état, mais que lui ne s'y était pas trompé en le voyant aussi défait et il le dépeignait de même qu'il l'avait fait et sous les mêmes traits. L'officier lui dit qu'il s'inquiètait à tort et qu'il n'avait qu'à rester tranquille.

Dès que son chef fût parti, le sergent se rendit au poste, et, là, se répandit en propos injurieux à l'égard de tous les officiers, qui laissaient, disait-il, crever les hommes en prison, etc. Après cette algarade, il s'installa auprès de son prisonnier, lui faisant raconter son histoire, disant qu'il n'était pas coupable, qu'il ne le laisserait pas défendre par un avocat d'office, qu'il lui prêterait l'argent nécessaire pour avoir un bon défenseur, etc. Et il resta ainsi auprès de son homme jusqu'à ce que la nuit fût venue. A ce moment il quitta une seconde fois le quartier pour courir encore chez l'officier de semaine, auquel il dit que le prisonnier se mourait. Il y avait dans son dire une telle conviction, sa figure était si décomposée que l'officier, malgré la fausse alerte du matin, se précipita vers la caserne, où il constata que le prisonnier continuait à jouir d'une excellente santé.

Cette fois l'officier, qui ignorait les détails qu'une enquête patiente et complète devait révéler le lendemain, trouva la plaisanterie mauvaise, punit le sergent et le menaça de le fourrer en prison de suite, s'il continuait à se moquer ainsi de lui. Et depuis lors, aucun incident ne se produisit. La première question qui se posait à moi, était de savoir si le sergent réserviste était coupable ou, au contraire, irresponsable. Si, à un examen superficiel et limité aux seuls actes reprochés et avoués, on pouvait accepter la première hypothèse, la seconde me semblait découler de mon enquête et s'imposer à tout médecin. J'avais, évidemment, affaire à un homme dont l'intelligence, diminuée peu à peu par l'alcoolisme chronique, venait d'être encore déprimée par des excès de boisson récents et une punition. C'est dans ces conditions qu'il prit la garde. Ce service, qui lui était familier lors de son premier passage sous les drapeaux, était devenu désormais trop lourd pour son cerveau en voie de déchéance. Il était effrayé de la responsabilité qui lui incombait, et qui se trouvait accrue de la garde d'un homme en prévention de conseil de guerre. C'était trop pour lui. Telle la goutte d'eau qui fait déborder le verre, telle cette responsabilité fit dérailler notre homme. Le souvenir des prisonniers morts dans leur cellule se présenta, avec ténacité, à cet esprit incapable de se défendre; ce fut une obsession qui s'intalla dès le samedi. La nuit, il en rêva. Le lendemain, il vécut toute la journée son rêve de la veille, et l'image du détenu qu'il avait devant lui, fut voilée par celle du prisonnier vu en rêve ; en somme, il y eut illusion visuelle d'origine onirique. Quoi qu'il en soit de cette explication, je conclus à l'irresponsabilité du sergent, mais à la nécessité de lui retirer un grade au-dessous duquel il était tombé. Mon avis fut accepté, la punition levée et le sous-officier remis soldat.

Cette observation nous a semblé présenter un certain intérêt, ne serait-ce qu'en raison de ce délire de vingt-quatre heures qui a échappé à tout l'entourage ; chefs, camarades, inférieurs, et qui n'a été dipisté que par le médecin.

En deuxième lieu, il est certain que, si le chef de ce sergent n'eut pas été un médecin, la question de responsabilité n'eut

pas été soulevée, et l'individu aurait été condamné. D'où la nécessité de pratiquer, plus souvent qu'on ne le fait, l'examen médical des personnes inculpées simplement de délits. N'est-pas, du reste, ce que démontre souvent l'état mental des vagabonds, quand par hasard on les soumet à l'examen des experts ?

M. MOTET. — Je citerai à l'appui de l'observation de M. Granjux, celle d'une dame qui présente, au moment de ses époques, du délire onirique. Elle croit que des personnes viennent la trouver dans la nuit pour abuser d'elle. Cette obsession dont elle souffre beaucoup à l'état de veille, dure pendant la période de ses époques, qui en sont la cause occasionnelle. L'obsession réalisée sous l'empire de l'alcool, chez l'individu de l'observation de Granjux, disparait, elle aussi, avec la cause occasionnelle « la garde » G. CARRIER.

CONGRÈS INTERNATIONAUX

Congrès international de l'industrie et du commerce des spécialités pharmaceutiques.

(*Paris les 3 et 4 septembre 1900*).

Conformément à l'arrêté ministériel du 11 juin 1898, un Congrès international de l'Industrie et du Commerce des spécialités pharmaceutiques doit avoir lieu au cours de l'Exposition universelle de 1900. Ce Congrès se tiendra à Paris les 3 et 4 septembre prochain. Aux termes de l'article 3 du règlement, la cotisation a été fixé à 26 francs. Les membres du Congrès recevront une carte personnelle leur donnant accès dans le Palais de l'Economie sociale et des Congrès où se tiendront les séances; ils auront voix délibérative dans toutes les discussions et recevront un exemplaire de toutes les publications. Des rapporteurs généraux ont été désignés pour traiter les différentes questions comprises dans ce programme. Mais la Commission d'organisation accueillera avec faveur les mémoires et monographies de toute nature, rentrant dans le cadre de ses travaux, qui lui seront adressés par les adhérents. Il en sera rendu compte au Congrès au cours de la session. D'autres questions que celles présentement portées au programme pourront aussi être mises en discussion sur l'initiative des membres du Congrès, à la condition d'avoir obtenu préalablement l'avis favorable du Bureau. — Les bulletins d'adhésions, ainsi que le montant de la cotisation, doivent être adressés à M. BÉLIÈRES, trésorier de la Commission d'organisation, rue Drouot, 19, à Paris.

PROGRAMME DES QUESTIONS A DISCUTER.

1re *section.*

I. *Du commerce des spécialités pharmaceutiques entre les différents pays (chiffres, statistique).* — Indiquer pour chaque pays le mouvement d'importation et d'exportation des spécialités pharmaceutiques en divisant celles-ci en trois catégories, à savoir : 1re Catégorie : spécialités liquides : A. Préparations alcooliques, élixirs, vins. B. Sirops, solutions, etc. — 2e Catégorie : spécialités solides : Poudres, sels, saccharures, cachets, pastilles, pâtes, granules, pilules, dragées, capsules, etc. — 3e Catégorie : produits divers : Pommades, emplâtres, topiques, tissus, pansements, etc. — Indiquer les pays d'où elles sont importées et ceux où elles sont exportées. Etablir la comparaison entre les divers pays, sous ces différents rapports.

II. *De l'importance comparée de la production des spécialités pharmaceutiques, dans les différents pays et leurs colonies (chiffres statistique).* — Indiquer pour chaque pays l'importance de la production des spécialités pharmaceutiques, ainsi que la nature des principales spécialités nationales qui y sont consommées, en divisant ces spécialités en catégories correspondantes à celles adoptées pour l'établissement du mouvement d'importation ou d'exportation. Comparer entre elles les productions des différents pays, ainsi que leur consommation en spécialités nationales et en spécialités étrangères.

III. *Des moyens de favoriser et de développer l'industrie et le commerce des spécialités pharmaceutiques, dans les différents pays (consuls, commissionnaires, importateurs ou exportateurs, représentants, comptoirs, publicité, presse, etc.).* — Indiquer, pour chaque pays, les moyens employés pour la propagande des spécialités pharmaceutiques et, s'il y a lieu, les restrictions légales, administratives, fiscales, etc., apportées à ces moyens de propagande. Rapporteur général : M. A. Girard, rue de Condé, 22.

2e *Section.*

I. *Du régime relatif à l'industrie et au commerce des spécialités pharmaceutiques dans les différents pays.* — Préciser les conditions de l'industrie et du commerce des spécialités dans chaque pays; indiquer les formalités à remplir dans chaque pays pour l'introduction et la vente des spécialités étrangères. Signaler les lacunes existant dans les traités de commerce sous ces différents rapports.

II. *De la réglementation douanière en matière de spécialités pharmaceutiques.* — Droits de douane sur les spécialités pharmaceutiques dans chaque pays; influence du change sur les taxes douanières. Influence des droits de douane sur les prix de revient des spécialités pharmaceutiques dans chaque pays d'importation. Etablir, d'après cela, les prix de revient de plusieurs types de spécialités par rapport aux prix où elles sont vendues par les fabricants exportateurs, en tenant compte à la fois des frais de transport et des frais de douane. Rapporteur général : M. Augendre, à Maisons-Laffitte.

3e *Section.*

I. *De la garantie des marques de fabrique et de commerce des spécialités pharmaceutiques dans les différents pays.* — Indiquer l'état de la législation, dans chaque pays, concernant la protection des marques de fabrique et de commerce, ainsi que du nom commercial et de la raison de commerce en ce qui concerne les spécialités pharmaceutiques; préciser les améliorations qui pourraient être apportées à la législation de tel ou tel pays.

II. *De la garantie internationale desdites marques.* — Indiquer les principales particularités (traités de commerce, conditions spéciales, etc.), concernant la garantie internationale des marques applicables à l'industrie et au commerce des spécialités pharmaceutiques. Rapporteur général : M. Léon Comar, rue des Fossés-Saint-Jacques, 20.

XIIIe Congrès international de Médecine.

(*Paris, 2-9 août 1900.*)

Pour répondre à des demandes qui lui ont été adressées, le Comité exécutif du XIIIe Congrès international de Médecine a décidé que dans les villes où il existe une *Faculté de Médecine*, les internes des hôpitaux nommés au concours, pourront se faire inscrire comme membres du Congrès. Ils auront le droit de participer aux travaux du Congrès et jouiront des réductions de tarif, des avantages divers et des invitations aux fêtes dans les mêmes conditions que les autres membres du Congrès. Ils paieront, comme les Docteurs et Médecins, une cotisation de 25 francs.

UN LEGS AUX HOSPICES DE LYON. — Les hospices civils de Lyon viennent d'hériter d'une fortune considérable dans des conditions originales et inattendues. Il y a quelques jours, un vieillard, César-Vincent Riveron, qui habitait une sordide chambre dans la rue Garibaldi, à la Guillotière, mourait subitement. Le commissaire de police, appelé à faire les constatations légales, ne fut pas peu surpris de découvrir en divers endroits du logis des sacs d'écus et des liasses de titres divers et de billets de banque. Dans un tiroir se trouvait un carré de papier contenant ces simples mots : « Je lègue toute ma fortune aux hospices civils de Lyon, à la charge d'entretenir mon tombeau à Villeurbanne. » Cette fortune, dont les hospices ont fait hier l'inventaire s'élève près d un million. Riveron vivait comme un pauvre diable, sans feu ni lieu. Il avait pris pension chez un logeur qui lui assurait le vivre et le couvert moyennant 30 francs par mois. Vêtu de loques, il avait attiré récemment l'attention des gardiens de la paix, qui le prirent pour un vagabond et le conduisirent au poste. Il avait ce jour-là sur lui 50.000 francs en billets de banque. On crut un instant avoir affaire à un voleur, et Riveron eut beaucoup de peine à établir qu'il était bien le légitime propriétaire de cet argent. (*Le Temps* du 26 mars 1900).

VARIA

Concours pour des emplois de médecin adjoint des asiles publics d'aliénés.

Un concours pour l'admissibilité aux emplois de médecin adjoint des asiles publics d'aliénés aura lieu au mois de mai 1900. Le nombre des places mises au concours est de douze, réparties ainsi qu'il suit, entre les régions indiquées ci-après, savoir : Région de Paris, 6 places. — Région du Nord, 3 places. — Région de l'Est, 2 places. — Région du Midi, 2 places.

Les candidats devront être Français et docteurs d'une des Facultés de Médecine de l'Etat et avoir satisfait à la loi sur le recrutement de l'armée. Leur demande devra être adressée au Ministre de l'Intérieur, qui leur fera connaître si elle est agréée et s'ils sont admis à prendre part au concours.

Les demandes devront être parvenues au Ministère de l'Intérieur (1er bureau de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques) quinze jours, délai de rigueur, avant la date fixée pour l'ouverture du concours, qui aura lieu le 21 mai 1900.

Ils ne devront pas être âgés de plus de 32 ans au jour de l'ouverture du concours. Ils auront à justifier de l'accomplissement d'un stage d'une année au moins comme interne dans un asile public ou privé, consacré au traitement de l'aliénation mentale.

Les docteurs en médecine nommés par la voie du concours chefs de clinique ou internes dans les hôpitaux sont assimilés aux internes des asiles d'aliénés, et comme tels admis à prendre part au concours sous les mêmes conditions de nationalité, d'âge et de stage. Toute demande sera, en conséquence, accompagnée des pièces faisant la preuve du stage, de l'acte de naissance du postulant ainsi que de ses diplômes et états de services quelconques.

Les candidats seront libres de concourir, à leur choix, dans l'une ou l'autre des régions. Au fur et à mesure des vacances d'emploi qui se produiront dans les asiles publics de la région où ils auront passé le concours, les candidats déclarés admissibles seront désignés au choix des préfets suivant l'ordre de classement établi par le jury d'après le mérite des examens.

Les épreuves sont au nombre de quatre : 1° Une question écrite portant sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux, pour laquelle il sera accordé trois heures aux candidats. Le maximum des points sera de 30 ; 2° une question orale portant sur la médecine et la chirurgie en général, pour laquelle il sera accordé vingt minutes de réflexion et quinze minutes pour la dissertation. Le maximum des points sera de 20 ; 3° une épreuve clinique sur deux malades aliénés. Il sera accordé trente minutes pour l'examen des deux malades, quinze minutes de réflexion et trente minutes d'exposition. L'un des deux malades devra être examiné et discuté plus spécialement au point de vue médico-légal. Le maximum des points sera de 30 ; 4° une épreuve sur titres. Les travaux scientifiques antérieurs des candidats seront examinés par le jury et feront l'objet d'un rapport qui pourra être communiqué aux candidats sur leur demande. Le maximum des points sera de 10. Les points pour cette épreuve devront être donnés au début de la première séance de lecture des compositions écrites.

Le concours ouvrira à 9 heures (à Paris, à l'Asile Clinique Sainte-Anne), et dans les Préfectures en province le 21 mai.

Région du Nord, à Lille cette année : MM. Martinencq (de Dury) ; Verlet (de Maréville) ; Gallopain (de Fains) ; suppléant : M. Pilleyre (de Prémontré). — *Région de Paris* : MM. Blin, Magnan, Vallon ; suppléant : M. Homory (de Bourges). — *Région de Lyon* : MM. Rouvret (de Bron), Garnier (de Dijon), Bonnet (de Saint-Robert, Isère) ; suppléant : M. Chaussinand. — *Région du Midi* : MM. Nicouloau (de Cadillac), Dubuisson (de Toulouse), Chevalier-Lavaur (d'Auch) ; suppléant : M. Chéron (de Saint-Alban). — Manquent les noms des professeurs des Facultés. — Pourquoi faire le concours dans les *Préfectures* et non dans les Facultés ? (Voir pour plus de détails le numéro d'avril des *Archives de Neurologie*).

Le testament de la baronne de Hirsch.

Voici, d'après le *Temps*, les legs du testament de la baronne de Hirsch, dont les intéressés se trouvent dans le département de la Seine.

Aux termes de son testament, en effet, déposé aux archives du consulat général d'Autriche-Hongrie à Paris, la baronne Maurice de Hirsch-Gereuth, née Clara Bischoffsheim, fait les dispositions dont voici, d'après la notification préfectorale, le résumé :

Testament du 23 septembre 1896 : Legs universel du quart d'un capital de 45.000.000 (quarante-cinq millions) à l'école normale israélite orientale de Paris.

Codicille du 30 décembre 1896 : Legs à l'école normale israélite orientale de : 1° quatre millions destinés à l'entretien et à l'agrandissement de l'école, au traitement des maîtres, à la nourriture, à l'habillement et à l'équipement des écoliers, etc. ; 2° trois millions pour la création d'un fonds de retraite pour les professeurs de cet établissement qui seraient obligés de quitter leurs fonctions à l'expiration de leur temps de service ou avant, pour cause de maladie ou d'infirmités, et pour leurs veuves et leurs orphelins.

Legs de trois millions, dont les revenus sont affectés à la nourriture et à l'habillement des enfants les plus pauvres parmi ceux qui fréquentent les écoles de l'Alliance israélite ou les écoles fondées à l'origine par cette Société.

Codicile de 1er mai 1898 : Legs à l'école normale israélite orientale, de la nue-propriété d'une action de la Jewish Colonization association. — Legs au comité de bienfaisance de Paris de 5.000.000 (cinq millions), avec affectation des revenus à des prêts et à des aumônes. — Legs à la Société philanthropique d'un million dont les revenus devront être distribués pour une moitié à l'asile maternel et pour l'autre moitié à la Société des habitations économiques. — Legs aux communautés israélites progressistes de Paris, 200.000 fr. — A la fondation Bischoffsheim, boulevard Bourdon, 100.000 fr. — A chacun des vingt bureaux de bienfaisance de Paris, 25.000 fr., soit ensemble 500.000 fr. — A la Jewisch Colonization association : 1° un capital de 1 million dont les arrérages devront être versés chaque année à l'Alliance israélite universelle de Paris pour l'entretien et la fondation d'écoles et d'autres établissements de bienfaisance ; 2° montant des deux legs d'ensemble 7 millions contenus au profit de l'école normale israélite orientale, pour le cas où ladite école normale ne pourrait les recueillir.

Liste de promesses diverses portant date du 15 août 1898 : Au docteur Bergeron pour hôpitaux marins, 10.000 fr. Union scolaire du 11e arrondissement, 1.000 fr. Docteur Landouzy pour Laënnec, 100.000 fr. Mlle Salomon (collège Sévigné) 60.000 fr. Ecole Lucien de Hirsch, 1.000.000 de francs. Sœur Candide (hôpital d'Ormesson), 5.000.

Hibernation des Paysans en Russie.

On sait que les marmottes prennent en hiver le bon parti de dormir, comme fait la terre elle-même. Les ours en font autant, et se réveillent de loin en loin pour se nourrir de leurs pouces qu'ils sucent. D'autres animaux s'endorment aussi aux premiers froids. Enfin, cette coutume est générale chez les paysans russes du gouvernement de Pskov. Dans ce pays règne une éternelle famine. Les paysans, ne pouvant vivre toute l'année, en sacrifient la moitié. Depuis un temps immémorial, aux premières neiges, toute la famille se réunit autour du poêle, s'allonge, cesse de penser et dort. Tout le monde se réveille une fois par jour, pour manger un morceau de pain dur dont on a, par précaution, fait cuire à l'automne une provision capable de durer six mois. On boit une gorgée d'eau et on se rendort. Chacun reste éveillé un jour à son tour, et fait le quart auprès du feu qu'il empêche de s'éteindre. Au bout de six mois d'un régime si économique, la famille se secoue, va voir si l'herbe pousse, et vaque aux travaux de l'été. Alors la campagne s'éveille et s'anime jusqu'à l'hiver suivant, où elle redevient blanche, immobile et sans autre bruit que celui des ronflements. Ces hommes ne vivent que la moitié de leur vie, et trouvent que c'est assez. Ils nomment ce sommeil hivernal la *lotska*. (*Journal des Débats*).

Statistiques des congrégations.

D'après les relevés faits par la direction de l'enregistrement, il y a en France 1.468 congrégations dont 774 autorisées et 694 non autorisées. Les 774 autorisées comprennent 748 congrégations de femmes et 26 d'hommes; les 694 non autorisées comprennent 556 congrégations de femmes et 138 d'hommes.

Voici quelle est, en 1899, la situation des congrégations au point de vue du Trésor : 1.155 congrégations — dont 528 autorisées et 627 non autorisées — sont en règle pour l'ancien droit, 313 — dont 246 autorisées et 67 non autorisées — n'ont pas réglé l'ancien droit. En ce qui concerne la nouvelle taxe, 737 — dont 411 autorisées et 326 non autorisées — sont en règle. 731 congrégations, dont 363 autorisées et 368 non autorisées, ont refusé de payer. Aux termes de la loi de 1895, l'exemption totale ou partielle d'impôt a été accordée à 64 congrégations autorisées, à *raison du caractère charitable de leur œuvre.* (*Le Temps* du 19 octobre 1899.)

Cette exemption, que rien ne justifie, les congrégations, même les plus pauvres, vivant d'abord de leur œuvre (avant d'en faire profiter les malheureux), n'est pas admise pour les médecins, soumis à la patente, et qui tous, sans exception, font œuvre « charitable », du commencement à la fin de l'année, sous forme de *soins gratuits.* L'égalité pour tous.

NÉCROLOGIE

Le Dr J.-B. Léonce MALHERBE (de Nantes).

Le Dr MALHERBE père, doyen du corps médical nantais, ancien professeur de clinique médicale, ancien médecin en chef des hôpitaux de Nantes, a succombé le 31 mars dernier aux suites de l'influenza dont il était atteint depuis un mois.

J.-B. Léonce Malherbe était né à Nantes le 12 février 1810. Il fut reçu docteur en médecine le 23 novembre 1833 par la Faculté de Paris. Il avait été interne aliéniste à Charenton. Revenu à Nantes, il ne tarda pas à entrer dans les hôpitaux en qualité de médecin suppléant (1er avril 1837). Il devint médecin titulaire le 6 mars 1854, médecin en chef adjoint le 19 mars 1869 et médecin en chef titulaire le 23 décembre 1872. Il donna sa démission le 8 octobre 1892 et fut nommé médecin en chef honoraire, après 55 ans de services.

Il entra à l'Ecole de Médecine comme suppléant des chaires de médecine, le 15 octobre 1856; il devint professeur adjoint de clinique médicale le 25 novembre 1859 et professeur titulaire le 28 décembre 1861. Il prit sa retraite le 1er novembre 1890, après 34 ans de services. Outre ces fonctions, il occupa celles de membre du Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Loire-Inférieure et fut pendant plus de dix ans vice-président de cette assemblée.

Il laisse un grand nombre de travaux disséminés dans divers recueils, portant sur la clinique médicale et principalement sur les maladies du cœur dont il avait fait son étude de prédilection. Presque tous les médecins de Nantes et des pays voisins ayant dépassé la quarantaine ont été les élèves du Dr Malherbe. Son enseignement au lit du malade était particulièrement apprécié.

Au cours de sa longue carrière, il était devenu successivement officier d'Académie, puis officier de l'instruction publique. Une démarche, faite par l'Ecole de Médecine, les médecins et l'administration des hôpitaux de Nantes lui fit obtenir, après sa retraite, le 26 juin 1893 la croix de chevalier de la Légion d'honneur.

Enseignement médical libre.

Maladies des yeux. — Clinique du Dr KOENIG, 5, rue du Cherche-Midi. Consultations gratuites tous les jours de 1 à 3 heures. Examen des malades à l'ophtalmoscope. La clinique est ouverte à tous les docteurs et étudiants en médecine.

Maladies des oreilles, du nez, de la gorge et du larynx. — La clinique du Dr C. MIOT est transférée, rue Dauphine, 16. Consultations gratuites le mardi de midi à 2 heures; particulières, le lundi soir de 9 h. à 10 h., le jeudi, de midi à 2 heures.

Electricité médicale. — Le Dr L.-R. REGNIER, chef du laboratoire d'électrothérapie de la Charité : conférences théoriques et cliniques hebdomadaires le dimanche à 10 h. 1/2, au laboratoire.

FORMULES

XXI. — Contre la maladie bronzée d'Addison.

Extrait de capsules surrénales.

1° Formule de Langlois :

Capsules surrénales de Cologne.		0 gr. 80 centigr.
Eau bouillie.		10 grammes.
Chlorure de sodium. . . .	} ãã	0 gr. 07 centigr.
Sulfate de soude.		

Triturez et laissez macérer pendant 24 heures ; filtrez sur ouate stérilisée. Injecter de 2 à 5 c.c. tous les jours ou tous les deux jours.

2° Formule de d'Arsonval :

Capsules surrénales. . . . . . 10 grammes.

Divisez en fragments et laissez macérer 24 heures dans :

Glycérine à 30° . . . . 10 grammes.

Ajoutez :

Eau bouillie salée (avec 25 grammes de chlorure de sodium par litre), 5 grammes.

Laissez une demi-heure, filtrez sur papier stérilisé avec l'acide carbonique sous pression.

Injecter 5 à 8 c.c. de ce liquide, dilué d'autant d'eau bouillie.

(A. Robin).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 1er avril au samedi 7 avril 1900, les naissances ont été au nombre de 1202 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 437, illégitimes, 178. Total, 612. — *Sexe féminin* : légitimes, 421, illégitimes, 169. Total, 590.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1896 : 2.511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 1er avril au samedi 7 avril 1900, les décès ont été au nombre de 1111, savoir : 563 hommes et 548 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 12, F. 14. T. 26. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 2, T. 2. — Rougeole: M. 16, F. 13, T. 29. — Scarlatine : M. 4, F. 3, T. 7. — Coqueluche : M. 5, F. 1, T. 6. — Diphtérie. Croup : M. 4, F. 4, T. 8. — Grippe : M. 6, F. 10, T. 16. — Phtisie pulmonaire : M. 136, F. 77, T. 213. — Méningite tuberculeuse : M. 16, F. 11, T. 27. — Autres tuberculoses : M. 14, F. 8, T. 22. — Tumeurs cancéreuses : M. 15, F. 35, T. 50. — Tumeurs autres : M. 1, F. 5, T. 6. — Méningite simple : M. 10, F. 13, T. 23. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 18, F. 35, T. 53. — Paralysie, M. 7. F. 9, T. 16. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 3, T. 7. — Maladies organiques du cœur : M. 27, F. 49, T. 76. — Bronchite aiguë : M. 11, F. 10, T. 21. — Bronchite chronique : M. 8, F. 17, T. 25. — Broncho-pneumonie : M. 32, F. 26, T. 58. — Pneumonie : M. 28, F. 37, T. 65. — Autres affections de l'appareil respiratoire: M. 26, F. 35, T. 61. — Gastro-entérite, biberon : M. 6, F. 5, T. 11. — Gastro-entérite, sein : M. 3, F. 3, T. 6. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 2, F. 3, T. 5. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 1, T. 1. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale : M. 17, F. 11, T. 28. — Sénilité : M. 12, F. 19, T. 31. — Suicides : M. 10, F. 4, T. 14. — Autres morts violentes: M. 9, F. 7, T. 16. — Autres causes de mort: M. 97, F. 71, T. 168. — Causes restées inconnues : M. 7, F. 3, T. 10.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 60, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 19, illégitimes, 10. Total : 29. — *Sexe féminin* : légitimes, 16, illégitimes, 15. Total : 31.

FACULTÉ DE MÉDECINE. — *Cours de médecine opératoire.* — M. le Pr BERGER commencera le cours de médecine opératoire le mardi 24 avril 1900, à 4 heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique) et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. Il étudiera le traitement chirurgical des affections du rectum et de l'anus, des hernies abdominales et des affections des organes génitaux de l'homme.

Session d'examen pour le diplôme de chirurgien-dentiste. — La deuxième session s'ouvrira le 29 mai 1900. (Pour les renseignements, voir *Progrès médical* de 1899, n° 44, numéro des Etudiants.)

BANQUET DE L'INTERNAT. — Le banquet annuel de l'Internat en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 5 mai, à 7 h. 1/2 précises au restaurant Marguery, boulevard Bonne-Nouvelle, sous la présidence de M. le Pr Reverdin (de Genève).

ASILE D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — A la suite du concours ouvert le 5 décembre 1899, et par arrêté préfectoral en date du 12 janvier dernier, ont été nommés : *Internes titulaires en médecine* : MM. Mallet (François-Joseph), Vurpas (Claudius), Buvat (Jean-Baptiste), Parant (Armand-Victor), Cayla (Léon-Ernest-Honoré-Louis), Meunier (Paul-Gaston). — *Internes provisoires en médecine* : MM. Masselon (Pierre-René), Bienvenu (Paul-Léon), Guiard (Henri-Léon-Louis), Lefilliâtre (Armand). — Le sujet de la composition écrite a été le suivant : *Sympathique cervical.* (Anatomie et physiologie). Les questions orales données ont été les suivantes : Pathologie interne : *Des crises gastriques. Pustule maligne. Formes cliniques de l'urémie.* Pathologie externe : *Symptômes et diagnostic de la hernie étranglée. Mal de Pott. Signes et diagnostic de la coxalgie.*

En ce qui concerne l'internat en pharmacie, ont été nommés à la suite du concours du 6 novembre 1899 et par arrêté préfectoral du 12 janvier dernier : *Internes titulaires en pharmacie* : MM. Bricard (Eugène-Louis-Joseph), Hirn (Marie-Emile), Desmots (Henri-Auguste), Tiffeneau (Jules-César-Jean-Marie). — *Internes provisoires en pharmacie* : MM. Pouilh (Louis-Paul-Guillaume-Jules), Normand (Léon-Charles-Victor-Auguste), Lacroix (Jean-Baptiste-Joseph), Ville (Henri-Lucien).

Nominations. — Par arrêté préfectoral : M. le Dr VALLON (Charles), médecin en chef à l'asile d'aliénés de Villejuif (Seine), est nommé, en la même qualité, à l'asile de clinique (Sainte-Anne), à Paris, en remplacement de M. Bouchereau, décédé. — M. le Dr MARIE (Auguste-Armand), médecin, directeur de la colonie familiale de Dun-sur-Avron, est nommé médecin en chef à l'asile de Villejuif.

MÉDECINS DU DISPENSAIRE DE SALUBRITÉ. — Par arrêté du Préfet de Police sont nommés dans le service du dispensaire : MM. le Dr Lemoine, médecin en chef de ce service, en remplacement de M. le Dr Davesne, admis, sur sa demande, à la retraite ; le Dr Jaubert, médecin en chef adjoint ; le Dr Lehon médecin ; le Dr Monel, médecin adjoint.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — *Cours de chimie appliquée aux corps organiques.* — M. ARNAUD, professeur, commencera ce cours le lundi 23 avril 1900, dans l'amphithéâtre de chimie du Muséum d'histoire nature, rue de Buffon, n° 63, à 4 h. 1/2, et le continuera les jeudis, samedis et lundis suivants, à la même heure. Le professeur fera l'histoire des alcaloïdes végétaux naturels et exposera les principales méthodes d'extraction en usage dans les laboratoires et dans l'industrie.

Cours de Géologie. — M. Stanislas MEUNIER, professeur, commencera ce cours le mardi 24 avril 1900, à 5 heures, dans l'Amphithéâtre de la Galerie de Géologie, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure. — Le Professeur exposera l'Histoire des doctrines relatives aux principales catégories de formations géologiques. Il s'attachera à montrer par quelles séries de progrès successifs on est parvenu aux notions acquises aujourd'hui. — Ce Cours sera complété par des Excursions géologiques que des affiches spéciales annonceront successivement.

NOUVEAU JOURNAL DE MÉDECINE. — Encore un nouvel organe à ajouter à la très longue liste de nos confrères, mais celui-là n'est pas banal, c'est le *Paris-Théâtre médical,* revue mensuelle de la Société amicale des Médecins de théâtre de Paris, dirigé par le Dr Droubaix. Nous souhaitons au *Paris-Théâtre médical* longue vie et prospérité. (*La Rédaction.*)

LES AMBULANCES SUD-AFRICAINES. — Les Drs Mac-Leod et Pameijer viennent de quitter la Hollande pour le Sud de l'Afrique, afin de renforcer les ambulances néerlandaises. Ils s'embarqueront à Naples. — Le comité hollandais de la Croix-Rouge a reçu 204.340 florins.

ERREUR FATALE. — On écrit au *Journal* de Lamalou-les-Bains : « Un terrible malheur vient de jeter la consternation dans une honorable famille du village de Minerve, près Saint-Pons-de-Thomières. Les époux Gau avaient deux jeunes enfants malades, et le médecin appelé établit une ordonnance ; mais dès que les médicaments prescrits furent appliqués aux deux malades, leur état empira tout à caup, et brusquement ils expirèrent. On comprend le désespoir des parents devant deux décès aussi tragiques. Le père déposa aussitôt une plainte au procureur de la République de Saint-Pons. Les médicaments et l'ordonnance du médecin ont été saisis, car on craint que ce malheur ne soit le résultat d'une erreur du pharmacien. Le parquet vient de se rendre sur les lieux, aux fins d'autopsie des deux cadavres. »

PHOTOGRAPHIE. — Nous croyons devoir signaler à ceux de nos lecteurs qui s'occupent de photographie la transformation de la *Photo-Revue* qui, de mensuelle qu'elle était, va devenir hebdomadaire. Cette publication, dirigée par M. Charles MENDEL, est certainement, à l'heure actuelle, la plus lue et la plus documentée des publications photographiques. On le trouve, d'ailleurs, entre les mains de tous les amateurs. Le prix ne sera pas modifié, et cette publication sera vendue comme précédemment au prix de 10 centimes chez les libraires, dans les gares et dans les kiosques.

Chronique des Hôpitaux.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — Le Dr DU CASTEL, conférences cliniques le samedi à 1 h. 1/2. A 1 h. 1/2 consultation externe. A 2 h. 1/2 conférence clinique dans la salle des conférences.

Leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques. — M. HALLOPEAU, salle des conférences, le dimanche, à 9 heures et demie du matin.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Cours de clinique des maladies du système nerveux.* — M. le Pr RAYMOND : vendredis et mardis, à 10 heures.

CLINIQUE TARNIER. — *Clinique d'accouchement et de gynécologie.* — M. le Pr BUDIN : mardi et samedi, à 9 heures. — *Ordre du cours* : mardi et samedi, leçons à l'Amphithéâtre ; visite des malades tous les matins, à 9 heures. — Dirigeront les exercices pratiques : M. le Dr Schwaab, chef de clinique ; MM. les Drs Dubrisay et Chavanne, anciens chefs de clinique ; MM. Galippe, Nicloux, Macé et Bouchacourt, attachés aux laboratoires ; MM. les Drs Perret, Planchon, Thoyer-Rozat, Chéron et Glaize, moniteurs.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — *Clinique des affections du système nerveux.* — M. GILBERT BALLET, leçons cliniques sur les affections du système nerveux et la pathologie mentale, (Amphithéâtre de la clinique de la Faculté), le dimanche, à 10 heures.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h. 1/2. Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée) ; présentation de cas cliniques, etc. — *Service de* M. le Dr P. MARIE. Le service de l'infirmerie de Bicêtre comprend un grand nombre de malades atteints d'affections chroniques et particulièrement d'affections du système nerveux. Ce service est ouvert aux étudiants et le samedi a lieu, à 9 h. 1/2, une visite générale au cours de laquelle le Dr Pierre Marie présente les malades les plus intéressants.

HOTEL-DIEU. — Le Dr LUCAS-CHAMPIONNIÈRE : leçons de clinique chirurgicale à dix heures, tous les jeudis. Opérations avant la leçon. Opérations abdominales le mardi. Le mercredi et le samedi visite dans les salles. — *Cours pratique d'appareils.* M. le Dr MARION, chef de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu commencera incessamment son cours pratique d'appareils. Ce cours comprendra une dizaine de leçons, les élèves y seront exercés à l'application des pansements et appareils de pratique courante. Le prix d'inscription est de 20 francs. S'adresser à M. Marion à l'Hôtel-Dieu.

Un emploi de second interne en médecine est vacant à l'Asile public d'aliénés de Saint-Alban (Lozère). 600 francs, logement, nourriture, chauffage, éclairage blanchissage. Conditions : 12 inscriptions. S'adresser au Directeur de l'Asile.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

XXIXe ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XI. N° 16. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 21 AVRIL 1900.

Le Progrès Médical

SOMMAIRE. — CLINIQUE MÉDICALE : Forme très grave de cachexie paludéenne aiguë, par Cardamatis. — THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE : De l'hystérie mâle de l'enfance, par Bourneville et J. Boyer. — BULLETIN : Première visite à l'Exposition. Le pavillon de la Ville de Paris, par J. Noir; Suicide à l'hôpital Saint-Antoine, par Bourneville. — SOCIÉTÉS SAVANTES : *Académie de Médecine* : Diagnostic de la rage du chien, par Nocard; Vaccin de chèvre, par Pargin; Les eaux minérales et les suites de grippe, par Ferras; Hémi-contracture post-hémiplégique avec athétose, par Chipault (c. r. par A.-F. Plicque). — *Société de Chirurgie* : Anévrysme du creux poplité, par Monod; Atrophies musculaires dans les arthrites, par Hartmann; Pathogénie du prolapsus du rectum, par Marchant (c. r. par Schwartz). — *Société de Médecine de Paris* : Correspondance manuscrite et imprimée (c. r. par Albert-Weil). — *Société de Pédiatrie* : Retard de la séro-réaction dans la fièvre typhoïde, par Guinon; Tuberculose du pubis, par Guinon; Tubage après la rougeole, par Sevestre; Endo-péricardite au cours d'une fièvre typhoïde, par Guinon (c. r. par Ch.-H. Petit-Vendol). — REVUE DE THÉRAPEUTIQUE : Traitement du diabète arthritique, par Vigouroux. — VARIA : Anniversaire de M. le Pr A. Lépine; Salle d'opération de clinique chirurgicale de l'hôpital de la Pitié; Les épidémies; Les méfaits du tabac; Sujets de thèses au XVIIe siècle; Le pansement au crottin de cheval. — NÉCROLOGIE : Gruber; Planchon. — FORMULES. — NOUVELLES. — CHRONIQUE DES HOPITAUX.

CLINIQUE MÉDICALE

Forme très grave de cachexie paludéenne aiguë ;

Par le Dr **Jean P. CARDAMATIS**,
Vice-président de la Société médicale d'Athènes.

Ayant eu l'occasion d'observer une forme très grave de cachexie paludéenne j'ai cru utile de la publier. Ce cas est rendu intéressant par une inflammation sous-cutanée avec suppuration et gangrène au niveau de la portion inférieure du muscle oblique externe et au niveau du pli de l'aine gauche. Le malade fut atteint de grippe, de périsplénite traumatique, de catarrhe dysentériforme. Une réanimation des hématozoaires, et la vivification de la cachexie palustre en fut la conséquence. Traitement par le bleu de méthylène.

Nicolas Salloustros, âgé de sept ans et demi, n'a souffert antérieurement d'aucune maladie sérieuse si ce n'est la varicelle. Au mois d'août 1898, il était à Aidipso où sa mère suivait un traitement balnéaire, lorsque après vingt jours de séjour il fut pour la première fois atteint par de légers mouvements fébriles, ce qui obligea ses parents à hâter leur départ et à revenir à Athènes. Après le retour, certains accès intermittents typiques déterminèrent en peu de temps la cachexie paludéenne, et les médecins traitants conseillèrent le changement de climat immédiat et choisirent comme lieu de séjour Képhissia. L'enfant, durant son séjour à la campagne, était soumis suivant des conseils imprudents à de longues et pénibles marches pour la guérison de la *physconie lienale!* Ces fatigues en diminuant la force musculaire et en affaiblissant le système nerveux, particulièrement atteint par le paludisme devenaient une cause médiate de fièvres quotidiennes qui ont hâté la dégénération de la cachexie légère en cachexie grave. L'hiver survenu, l'enfant fut soumis au traitement de divers confrères. Des consultations à diverses reprises pronostiquèrent une issue fatale. Dans une de ces dernières consultations où je fus aussi appelé, je proposais, me basant sur la conviction émanant de résultats thérapeutiques antérieurs, le traitement médical que je prescris contre la cachexie palustre, et avec le consentement commun de mes confrères l'enfant me fut confié le 12 janvier.

Etat actuel. — *Enfant lymphatique,* atrophic, très maigre décharné d'une teinte verdâtre, très anémié. Peau exsangue ictérique, émaciée, laissant le squelette se dessiner, sans pannicule adipeux, privée de vitalité, sèche, dure au toucher, se desquamant en pityriasis léger, particulièrement sur le tronc. Toutes les fois que l'enfant sourit, la peau de son visage se plisse et prend un aspect sénile et étique, d'une part à cause de l'atrophie des muscles du visage, et d'autre part à cause de la disparition complète du pannicule adipeux. *Poils* de la tête rares, sales, point du tout lisses ou luisants. *Regard* exprimant la mélancolie et l'impassibilité, physionomie exprimant l'imbécillité. *Sclérotiques* ictériques. Ailes du nez palpitantes à cause de la dyspnée. Oreilles cireuses transparentes. Lèvres sèches, blanchâtres, éraillées, desquamées, vu qu'elles saignent facilement. *Muqueuses* décolorées, très anémiées blanchâtres. *Cou* maigre laissant se dessiner, d'une façon apparente, les gros vaisseaux qui montent vers la tête. *Membres supérieurs et inférieurs* sans saillies musculaires, la peau se ramasse en plis au niveau des cuisses et des hanches à la suite de la disparition, en général, des masses musculaires. On dirait une athrepsie générale qui rappelle pour ainsi dire, bien qu'il n'existe aucun trouble de la sensibilité, le tableau de l'atrophie musculaire progressive. *Le ventre,* inversement à l'amaigrissement général du thorax, est très distendu, donne la sensation de flot, saillant comme un tonneau piriforme soutenu par deux membres inférieurs maigres. Sur la peau de l'abdomen se dessinent clairement des veines volumineuses. Sentiment de pesanteur et de traction au niveau du ventre. La fluctuation et les signes physiques fournis par la percussion permettent de constater de l'ascite. Périmètre de l'abdomen dans son diamètre maximum 72 0/0. *Viscères abdominaux volumineux.* Le bord antérieur et inférieur du *foie* dépasse de cinq travers de doigts le bord costal. Le lobe gauche s'étend vers la région épigastrique et atteint presque la rate qui s'étend à droite et comprime l'estomac. Le foie est sensible et douloureux à la pression. Phénomène catarrhaux du côté des voix biliaires d'où ictère léger. *La rate,* unie à sa surface, est arrondie, dure, mobile et lisse; elle descend vers la fosse iliaque gauche et la remplit. Son bord antérieur s'étend, d'une part, jusqu'à la symphyse pubienne et d'autre part, à droite, dépasse la ligne blanche et va 5 0/0 au delà de l'ombilic. Elle est le siège de douleurs spontanées et fulgurantes intenses à la pression. La compression des vêtements provoque de la gêne et l'enfant doit porter des habits amples. Du côté du *cœur,* souffle intense, anémique vers la base et au niveau des gros vaisseaux cervicaux. Pulsation du cœur affaiblies. Palpitation aux moindres fatigues. *Toux* irritative. Dans les *poumons* des râles humides et crépitants de deux côtés. *Respiration,* 42. La dyspnée est consécutive à l'augmentation du volume des viscères abdominaux, et à l'ascite concomitante. *Langue* large, visqueuse et sale. Mauvaise haleine. Soif intense. *Bouche amère. Goût perverti,* aversion pour la viande. *Gencives saignantes* analogues à celles des scorbutiques. *Urines médiocres,* denses, troubles,

rouges, laissant déposer d'abondants sédiments. La première fois que nous les observâmes en consultations, les urines avaient une couleur foncée. *Tremblement des mains.* Adynamie considérable des *membres inférieurs*. Dans la station debout l'enfant est pris d'étourdissements et de vertiges. *Anémie profonde. Hydrémie* à la suite de la destruction profuse des éléments sanguins.

Ayant entrepris de soigner l'enfant dans les conditions défavorables que nous venons d'exposer, notre thérapeutique suivit les indications suivantes : 1° Combattre le miasme paludéen; 2° modifier le sang; 3° relever les fonctions des organes sécréteurs et hémopoiétiques; 4° combattre la dyspepsie, l'hyperhémie chronique des viscères et améliorer le tube digestif.

D'abord, nous dirigeâmes surtout nos efforts contre la cause principale : le paludisme. Le bleu de méthylène, puisque la quinine avait été antérieurement administrée sans profit apparent pendant longtemps, fut prescrit. Contre l'altération du sang nous dûmes chercher à favoriser son alcalinisation, car elle détermine l'augmentation rapide des globules rouges du sang et il en résulte une plus grande résistance contre l'action des toxines microbiennes. En somme, le bleu de méthylène, les injections sous-cutanées de sérum artificiel, des bains tièdes aromatiques, des bains salins, des médicaments toxiques et tout ce que les indications de la dyspepsie pouvaient nous imposer, constituèrent notre méthode thérapeutique. Malheureusement, pendant la longue durée du traitement, certains accidents survinrent qui mirent en danger la vie du petit malade, à cause de son extrême épuisement.

La cachexie palustre s'aggravait à la suite d'accidents intercurrents qui, s'ils avaient fait défaut, auraient permis à l'amélioration de l'état général d'être plus rapide. Nous donnâmes nos soins pendant cinq mois consécutifs et nous notâmes sur un tracé thermométrique, pendant quatre mois, les variations de la température prise quatre fois, souvent même plus fréquemment dans les vingt-quatre heures et les résultats curatifs du bleu de méthylène.

En étudiant attentivement le tracé thermométrique de plus de quatre mois, nous avons remarqué cinq exaltations de la fièvre à diverses périodes, mais depuis que l'enfant a été soumis à notre traitement nous n'avons que quatre élévations fébriles. La première est due à un processus inflammatoire au niveau des injections, qui détermina la gangrène par suite de l'état général du malade. La seconde relève d'une infection grippale intercurrente. La troisième résulte de fortes odontalgies de la mâchoire supérieure et de l'excitation nerveuse de l'organisme à la suite de la douleur, ce qui ranima l'hématozoaire du paludisme. Et la quatrième reconnaît pour cause la nouvelle stimulation de hématozoaires, due à des applications électriques sur la région de la rate, ce qui causa une périsplénite. Dans tous ces cas ce n'était que l'usage du bleu de méthylène qui parvenait à abaisser la fièvre, bien que pendant le temps de l'emploi de ce médicament, à quelques intervalles, la quinine eût été employée. L'emploi du bleu de méthylène dura en tout pendant quarante jours ou quatre dizaines de jours séparées les unes des autres par un espace de huit jours, ce qui veut dire que le bleu de méthylène à été employé par intervalles dans le cours de soixante-douze jours. La dose par jour était de cinquante à soixante centigrammes en quatre ou cinq cachets pris toutes les deux heures.

En comparant les jours du traitement à la quinine à haute dose, auquel avait été soumis le malade avant l'emploi du bleu de méthylène et les jours du traitement alternatif, avec le bleu de méthylène et la quinine, et le traitement exclusif par le bleu de méthylène, on note une différence manifeste de la courbe thermique. La fièvre non influencée par l'usage de la quinine montait jusqu'à 39°, voire même plus, tandis que sous l'influence du bleu de méthylène elle retombait. Par malheur, la base primitive de traitement dût changer. Les injections hypodermiques avec le sérum artificiel cessèrent après la seconde séance, parce que un foyer phlegmoneux, dégénéré en gangrène s'était formé au point de l'injection par suite de l'état général et de la diminution de la vitalité des tissus. Les injections hypodermiques ont été remplacées par des injections par la voie rectale, La quinine a été administrée d'une part contre l'infection grippale, et, en outre, contre le processus suppuratif comme médicament antifermentescible. Les bains à la suite de la grippe furent suspendus par les parents et la médication tonique et le régime se faisaient difficilement par suite de la dyspepsie dont le petit souffrait. L'état général du malade, modifié chaque fois par les accidents intercurrents et tantôt s'aggravant jusqu'à complète disparition du pouls, défaillances et autre symptômes voisins d'une mort prochaine, par épuisement; tantôt s'améliorant, ce ne fut que depuis le mois d'avril qu'on put constater une amélioration certaine, qui permit à l'enfant de voyager et d'aller à Méthana le mois suivant.

L'enfant eut quelques légers mouvements fébriles au mois de juillet, ces accès doivent plutôt être rattachés à la dyspepsie, parce qu'ils suivaient immédiatement le repas. Vers la fin du mois de juillet, atteint d'un catarrhe entérique aigu, il revint ici pour retourner à Méthana, une fois le traitement achevé. Entre temps il alla jusqu'à Corinthe deux fois, et depuis la dernière dizaine du mois d'août, lorsque nous le revîmes, il commença nettement d'entrer en convalescence.

Depuis, cet enfant que j'eus l'honneur de présenter devant la Société médicale d'Athènes, se nourrit très bien, a le teint frais; l'hypersplénie existe encore mais moindre. L'examen microscopique du sang ne permet pas de constater d'hématozoaires. L'ascite n'existe pas, et le foie a encore augmenté de volume jusqu'à un travers de doigt et déborde les fausses côtes.

Considérations. — Dans ce cas très instructif nous remarquons que la *cachexie palustre grave, survint d'emblée à forme aiguë chez un malade qui, d'une part n'avait eu que peu d'accès intermittents, et d'autre part n'avait séjourné dans un lieu palustre que pendant quelques jours.*

On sait que la cachexie palustre aiguë s'observe souvent chez des individus dont le séjour est permanent dans les foyers du paludisme, et non chez des pèlerins ou des voyageurs qui n'y restent que quelques jours.

A ce point de vue, le cas présent est bien remarquable car il démontre *que la cachexie palustre peut également survenir chez des individus dont l'organisme n'est pas imprégné profondément et pendant longtemps par le miasme paludéen et sans même que des accès intermittents bien déterminés, aient précédé, sauf quelques légers mouvements fébriles.*

La microbiologie et la pathologie nous apprennent que les maladies s'influencent, l'état de l'organisme en est atteint, parce qu'une nouvelle évolution pathologique, une infection secondaire viennent s'y ajouter. Aussi, en règle générale, les infections secondaires sont la pierre de touche, pour ainsi dire, de la résistance de l'individu, elles sont redoutables et dangereuses, à cause des nouveaux états pathologiques qu'elles entraînent. *Dans le cas qui nous occupe, les maladies intercurrentes, non seulement aggravèrent l'état du malade, mais de plus, elles firent revivre et ranimèrent l'hématozoaire du paludisme,* dans le moment où justement par l'emploi du bleu de méthylène survenait sa raréfaction dans le courant circulatoire. Ce fut la cause principale pour laquelle l'enfant eut la fièvre pendant de longs mois sans discontinuer ; l'on sait, en effet, que les mouvements fébriles, surtout dans la cachexie palustre grave, ne se montrent chaque fois qu'à des intervalles indéterminés et espacés, revêtant pendant la période d'apyrexie le type tantôt tierce, tantôt quarte et tantôt irrégulier. Si donc ces états morbides n'avaient pas évolué au moment où l'hématozoaire du paludisme s'affaiblissait et cessait de se multiplier, il est certain que la convalescence de l'enfant aurait été plus rapide, plus aisée, et peut-être exempte de tant de dangers à la suite de cette vivifica-

tion fréquente qu'augmentait l'état cachectique du malade.

Ces nouveaux états pathologiques ont servi à réveiller l'hématozoaire du paludisme, tout autant que les fatigues, les abus, la perte des humeurs de l'organisme, les hémorragies, le refroidissement, le traumatisme et plusieurs autres causes, dans le nombre desquelles nous comprenons, en ce qui concerne notre malade, diverses irritations de la rate, des états morbides, des maladies spécifiques, comme la grippe en particulier, maladies qui toutes les fois qu'elles viennent à se développer sur un sol palustre, réveillent et vivifient l'hématozoaire du paludisme et aggravent la maladie comme une maladie antérieure.

Un fait qui n'est pas ordinaire dans la cachexie palustre est l'autophagie, le grand amaigrissement et la destruction, non seulement des saillies musculaires, mais du pannicule adipeux également. Il est également bon de rappeler l'énorme ascite, comme celle de la cirrhose du foie, symptôme exceptionnel. Très rare est un ascite intense sans aucun autre œdème, comme cela est arrivé dans le cas qui nous occupe, avec seulement une tuméfaction passagère des paupières, des pieds, de la verge et du scrotum.

Nous divisons, d'après notre expérience, les mouvements fébriles dans la cachexie palustre en deux grandes classes. Dans la première classe nous embrassons : *a*) Les pyrexies successives qui sont considérées comme la cause principale de l'établissement de la cachexie. *b*) Les pyrexies qui se manifestent comme des accès complets d'une fièvre intermittente ou rémittente dans le court espace de temps de l'invasion d'emblée de la cachexie. *c*) Les pyrexies qui succèdent au premier stade de la cachexie palustre survenue par l'imbibition chronique de l'organisme, sans que des mouvements fébriles aient précédé, si ce ne fut que des mouvements fébriles marqués d'une manière obscure.

Dans la seconde classe nous mettons : les pyrexies qui ne relèvent primitivement de l'hématozoaire du paludisme, mais des altérations secondaires, c'est-à-dire de la dégénérescence des divers organes, lesquelles doivent être considérées comme symptomatiques. Toutefois, dans l'intervalle des divers degrés de la cachexie palustre, surviennent certains mouvements fébriles d'un type tierce ou irrégulier, que nous considérons comme de vraies rechutes de l'infection primitive.

Les premières pyrexies de la première classe se rencontrent dans le début de l'évolution de la cachexie palustre ou dans les rechutes, au cours des stades ultérieurs; tandis que les secondes s'observent toutes les fois que l'organisme, profondément altéré, s'étiole par suite de profondes altérations. Contre les premières pyrexies, qui peuvent être considérées comme le début de la cachexie, le médecin traitant peut disposer de puissants moyens : il aura soin de combattre l'anémie profonde. Plusieurs fois cependant, soit que l'organisme ait été suffisamment imprégné par le miasme paludéen il l'avait été peu à peu et graduellement, vu l'établissement de la cachexie sans accès évidents, soit que le traitement ait été maladroit, ou soit même que la médication quinique reste sans succès, les mouvements fébriles surviennent fréquents, les fièvres, par leurs rechutes, amènent une plus profonde anémie, la cachexie faisant de la sorte des progrès constants et s'avançant par degrés à son maximum. Alors surviennent les processus cirrhotiques, les dégénérescences amyloïdes; le corps languit, la cachexie consomptive secondaire survient, le malade périt soit d'un accès pernicieux, soit d'une pneumonie, soit d'une autre complication ou maladie intercurrente. *Contre la première période de la cachexie où les fièvres dépendent positivement de l'hématozoaire du paludisme, nous avons le médicament spécifique, la quinine et ses succédanés. Cependant, lorsque ce médicament échoue (et cela, malheureusement, n'est pas rare) dans les accès de début de la première période d'invasion de la cachexie, nous recommandons chaleureusement, outre la thérapeutique ordinaire, le bleu de méthylène.* Nous recommandons ce médicament, non seulement dans le début de la cachexie primitive, lorsque l'organisme n'a pas encore subi de profondes altérations, mais dans les périodes ultérieures, dans l'intervalle de la transformation de la cachexie primitive en une cachexie grave, ainsi qu'au moment où commencent les processus cirrhotiques, c'est-à-dire la cachexie secondaire, et quand, sauf la fièvre symptomatique qui en résulte, nous constatons les rechutes provenant de la cachexie primitive.

C'est donc un double but que remplit ce médicament dans toute période de la maladie, comme agissant sur l'hématozoaire du paludisme et aussi sur ses conséquences. C'est-à-dire que les néphrites micosmatiques, suite de la cachexie primitive et secondaire, et qui ne sont pas rares dans la cachexie palustre, que les albuminuries simples si fréquentes d'ailleurs dans toute période de la maladie, peuvent en partie disparaitre ou être modérées pendant longtemps par l'emploi du bleu de méthylène. Nous insistons donc en conseillant le bleu de méthylène, parce que cette substance médicamenteuse, peut d'une part servir de moyen de contrôle de la perméabilité ou non, du filtre rénal, et d'autre part déterminer les différentes formes des néphrites et diminuer considérablement l'albumine, en régularisant aussi les fonctions des reins et provoquant l'excrétion de l'urée et de l'acide urique. *A côté du bleu de méthylène nous conseillons strictement aux malades atteintes de cachexie palustre, l'hydrothérapie suivant la sensibilité et l'impressionabilité du sujet. Nous recommandons l'hydrothérapie comme un moyen excitant d'une part la tonicité musculaire, et agissant d'autre part sur le système nerveux qui régit notre économie entière. Nous ne conseillons que les bains tièdes comme agissant sur l'échange rapide de la matière comme excitant légèrement l'énergie des muscles comme augmentant les oxydations et comme accélérant l'absorption et l'excrétion de produits de l'échange morbide des tissus. C'est par eux qu'on excite la circulation de la peau sèche, qu'on provoque une hyperhémie intense de cette peau qui augmente la quantité de l'acide carbonique éliminé par la perspiration cutanée.* De plus les bains tièdes résolvent rapidement l'anasarque. On en tire un grand profit dans les hyperhémies chroniques des viscères, du foie en particulier, dont la congestion chronique donne lieu à des dyspepsies, à la constipation, à la polycholie, à l'ictère, à la présence de la bile dans les urines, etc. Ces bains ont encore ce précieux avantage, le débit égal du sang dans les viscères, débit du sang qui se fait si irrégulièrement en cas de cachexie palustre.

Cette hydrothérapie révulsive, élargissant les vaisseaux sanguins et provoquant l'hyperhémie cutanée, amène par conséquent le soulagement des viscères

congestionnés par la cachexie palustre et diminue l'hyperhémie des divers organes par le fait qu'elle rétablit en une certaine mesure, l'équilibre du sang dans tout l'organisme, si bien que les vaisseaux des viscères malades reprennent graduellement et peu à peu leur toxicité et leurs dimensions normales par la disparition des symptômes hyperhémiques de la rate et des reins. En outre, l'excitation de la toxicité musculaire et l'influence que ce traitement exerce sur les échanges des tissus, ainsi que d'autres moyens thérapeutiques, il s'en suit un bien-être général, dû à l'amélioration de la nutrition du malade atteint de cachexie.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE

De l'hystérie mâle de l'enfance;

Par **BOURNEVILLE** et **J. BOYER**.

Nous avons eu l'occasion, dans les dernières années, d'observer deux cas d'*hystérie mâle de l'enfance* à l'INSTITUT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE. Ils s'ajoutent à ceux que l'un de nous a déjà publiés. Ils se sont terminés par la guérison, en un temps relativement court, comme les autres; ils méritent à plusieurs égards d'attirer l'attention. L'un deux a été publié dans les *Archives de neurologie* (1899, t. VIII, p. 391). Voici la relation du second.

SOMMAIRE. — *Père, rien de particulier, renseignements insuffisants sur sa famille. — Mère, rien à noter. — Grand-père maternel excentrique, très alcoolique, mort de ses excès. — Grand'mère maternelle morte d'un cancer du sein. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 10 ans. — Conception, grossesse, accouchement, rien d'anormal. — Élevé au biberon avec du lait et du vin. — Habitudes alcooliques. — Premier accident nerveux à 12 ans 1/2 à la suite d'une émotion et après un festin trop copieux. — A toujours été en retard au point de vue intellectuel, écolage difficile. — Vingt crises nerveuses en 1895-1896. — Rémission de deux mois. — Février 1897: nouveaux accidents coïncidant avec une forte émotion. — Description du malade à douze ans et demi. — Légers signes de dégénérescence (asymétrie cranienne, etc.) — Traitement médico-pédagogique. — Disparition des attaques. — Somnambulisme. — Amélioration progressive de l'état intellectuel et moral. — Guérison.*

S... (R...), né le 7 novembre 1882, est entré à l'Institut médico-pédagogique le 1er mai 1897.

Antécédents. — *Père,* soixante-deux ans, en bonne santé, grand et fort, intelligent, cultivateur. Aucun renseignement sur la famille du père. — *Mère,* cinquante-deux ans, bien portante, pas de migraines, non nerveuse. — *Grand-père maternel, alcoolique* et *excentrique* ; « en était arrivé à boire de l'eau de vie à plein verre » ; mort de ses excès de boisson. — *Grand'mère maternelle,* morte à cinquante ans d'un *cancer* du sein.

Pas de consanguinité; inégalité d'âge de dix ans; le père et la mère sont du même pays.

Deux *enfants :* 1° une fille âgée de dix-sept ans, intelligente, bien portante, pas de convulsions; 2° notre malade.

Notre malade. — *Conception, grossesse, accouchement* et *naissance,* rien de particulier. — Élevé au biberon avec du *lait et du vin:* « C'est du reste l'habitude de notre pays (1) où l'on fait boire aux nourrissons du café, du cidre et même un peu d'eau de vie. » L'enfant a eu un développement physique normal; pour la marche et la parole, on a cependant constaté un léger retard; il a été propre de très bonne heure : la dentition s'est effectuée régulièrement et sans accident. *Pas de convulsions*; pas de fièvre infectieuse, sauf une varicelle à sept ans. — R... a été mis en classe au village; « n'a jamais eu de facilité »; a toujours été en retard pour son âge.

Début de la maladie actuelle à douze ans et demi (mai 1895). — Auparavant on avait constaté que l'enfant avait souvent des *cauchemars* ; une fois même en 1892 il serait tombé du lit. En mai 1895, l'enfant, en allant chez son oncle, en voiture, a failli verser : le soir même, après un *repas d'une abondance exagérée,* R... a eu un *cauchemar;* il a crié au feu, au voleur, s'est débattu sur son lit, et comme on ne parvenait pas à le réveiller, un médecin fut appelé. On a dit le lendemain au père que R... avait eu une forte *crise nerveuse*, et qu'il ne fallait plus lui donner d'excitants. L'enfant était abattu; on avait dû le ramener chez lui en voiture; il s'est montré toute la journée très énervé. Comme il paraissait en même temps fatigué, on le coucha de bonne heure et il dormit toute la nuit. — Mis en pension, il ne put y rester à cause de ses accidents nerveux qui se produisirent environ une vingtaine de fois dans le courant de l'année scolaire 1895-1896. — En décembre 1896 et en janvier 1897, on constate une rémission. En mars 1897, R... eut peur d'un chien qui aurait essayé de le mordre. D'après les parents, consécutivement à cette frayeur, les accidents nerveux auraient recommencé et plus fréquemment; quatre ou cinq crises de mars au premier mai 1897, date de son entrée à l'Institut médico-pédagogique.

R... n'avertit pas : il tombe brusquement à terre, comme foudroyé, en poussant un cri de terreur. La tête se rejette en arrière, les yeux se portent en haut, les membres se raidissent, la respiration devient difficile; pas de stertor, pas de bave ni de salivation, pas de morsures, quelquefois miction involontaire. Durée de la crise de trois à cinq minutes. Assoupissement consécutif, puis l'enfant se réveille brusquement et demande ce qui vient de se passer. Il se rendort pendant cinq minutes et se redresse lui-même comme s'il n'avait rien eu. Pas de dépression consécutive; l'enfant paraît cependant plus énervé. Les parents ont remarqué que lorsqu'il est sur le point d'être malade R... agace tout le monde, et que le tic qui consiste en un clignotement des paupières est plus accentué dans ces moments là. La famille ne peut dire si ce tic date du début de la maladie. R... prétend qu'il l'a depuis quatre ans, par conséquent qu'il en était atteint avant d'être malade. Il ajoute même que ses camarades le faisaient enrager à cause de ses grimaces. Après les crises il est plus docile, « plus gentil ».

Depuis l'apparition des accidents, l'enfant ne va plus en classe, sa sœur a essayé de le faire travailler mais sans réussir car elle n'avait aucune autorité sur lui.

Un médecin, parent de la famille, qui n'avait jamais assisté à une crise, nous l'avait signalé, à tort, comme épileptique, ainsi qu'on le verra par la suite.

Le père attribue la maladie de l'enfant à la peur signalée plus haut et à l'appétence naturelle que R... a toujours manifestée pour les *boissons alcooliques.* « Il faut le surveiller, dit-il, pour l'empêcher de boire du cidre, il en boit trois fois plus que moi; il lui en faut un litre par repas. »

Etat du malade *à son entrée à l'Institut médico-pédagogique le 1er mai 1897.* — a) *État physique.* — La physionomie paraît plutôt intelligente. Les cheveux sont blonds, assez épais un peu raides, n'empiétant pas sur le front : leur délimitation est régulière. Le front est assez découvert, de forme normale, la bosse frontale droite est un peu plus saillante que la gauche, au contraire la bosse pariétale droite est légèrement déprimée par rapport à la gauche; l'occiput est peu saillant, pas d'asymétrie sensible à son niveau. Les arcades sourcilières sont un peu proéminentes, sans dépression voisine, celle de gauche plus déprimée. L'ensemble de la face présente une déviation vers la gauche, le sourcil droit est plus arqué que le gauche, la joue droite est un peu plus développée que la gauche, la ligne de la bouche se relève un peu à gauche, la ligne médiane du nez accuse également une légère déviation du même coté. Les sourcils, châtain blond, assez fournis, offrent une solution de continuité. Les yeux sont

(1) Département de la Manche.

assez ouverts, iris bleu. Les paupières supérieures présentent un pli régulier au niveau des cils qui sont longs et plus foncés que les sourcils ; les cils des paupières inférieures sont moins longs et plus blonds; la paupière de gauche est un peu plus incurvée que celle de droite. Presque pas de dépression à la racine du nez. Le nez est moyen, légèrement relevé, les ailes sont assez bien dessinées, les narines visibles de face sont symétriques et en croissant. La lèvre supérieure est épaisse et en saillie; un léger duvet très blond la recouvre; la lèvre inférieure est un peu en retrait; les muqueuses sont à peine colorées. La bouche est moyenne, la langue un peu épaisse et assez mobile ; la voûte palatine est *ogivale*, les amygdales dépassent un peu les piliers, les dents sont irrégulièrement plantées, surtout celles de la mâchoire supérieure; la plupart sont en dehors de l'axe et profondément cariées. — Le menton est rond, le sillon mentonnier bien arqué. — Les joues sont assez pleines. — Les oreilles un peu fortes, sont de même longueur (7 cm.), fortement décollées; le lobule est moyen et non adhérent.

Le *cou* est normal, circonférence médiane 30,5. — La poitrine est un peu plate au-dessous des clavicules, très bombée à la partie moyenne du sternum ; dépression latérale au-dessous des seins des deux côtés ; circonférence au niveau des aisselles, 74 cm. ; au niveau des mamelons, 80,5 ; au niveau du nombril, 83.

Les *membres supérieurs* sont longs et grêles, mais symétriques. Les mains sont d'apparence normale, les doigts sont longs, cyanosés, l'annulaire des deux mains est court; les ongles sont normaux; onychophagie. Les *membres inférieurs* sont assez bien conformés, le deuxième orteil du pied gauche présente une nodosité très accentuée au niveau de l'articulation phalangino-phalangienne; la même anomalie se présente au pied droit, moins accentuée cependant, probablement à cause d'une sorte de contracture du tendon correspondant. La peau est fine, un peu hâlée ; quelques taches de rousseur au niveau des joues et sur le front; qulques *nævi pigmentaires* sur la joue gauche; *verrue* sur l'épaule gauche, *nævus* brun à la partie supérieure de la fesse gauche.

Puberté: fin duvet de la nuque à la région lombaire, sur la face postérieure des bras et des avant-bras, sur les cuisses et les mollets ; poils fin et courts sous les aisselles ; poils bruns, longs, abondants formant deux bouquets de chaque côté de la racine de la verge, réunis par une bande de poils de deux centimètres de large; les non frisés ont une tendance à se diriger en haut ; poils longs peu abondants à direction inférieure, sur les bourses. *Verge un peu tordue* vers la gauche, prépuce normal, gland découvrable, smegma abondant à droite de la base du gland; adhérences (1) du gland à gauche. — Bourses rétractées, testicules égaux de la dimension d'un œuf de pie. — Poils abondants au périnée et à l'anus ; pas d'hémorrhoïdes.

État physiologique. — L'enfant est actif, reste rarement en place. Se tient bien debout, la tête toujours inclinée à gauche. Les articulations sont souples, sans craquements ; les mouvements volontaires paraissent s'accomplir normalement. R... marche, court et saute facilement. Les fonctions digestives paraissent s'accomplir naturellement; quelquefois cependant l'enfant se plaint de douleurs d'entrailles; tendance à la constipation. Le sommeil est en général bon ; l'enfant rêve pourtant quelquefois à haute voix. L'auscultation ne dénote rien dans les poumons ; au cœur, léger souffle au premier temps, à la base. Le foie déborde un peu les fausses côtes en avant; la rate paraît grosse (2). La circulation est défectueuse en ce sens que, après la douche, les mains restent une demi-heure blanches et anesthésiées, la sensibilité y étant abolie. La parole est libre. Les organes des sens ne présentent rien de particulier. *Tic* des paupières; à certains moments clignotement de 30 en 30 secondes environ; ce tic serait plus fréquent à l'approche d'une crise. La sensibilité générale est normale.

(1) D'ou la nécessité de surveiller la propreté des organes génitaux chez les enfants, ce qui est le meilleur moyen d'éviter des démangeaisons pouvant devenir le point de départ de l'onanisme.

(2) Cette augmentation du foie et de la rate sont peut-être le resultat des exces de boisson de l'enfant.

État psychologique. — L'enfant a une intelligence lourde, comme somnolente, au moins quand il s'agit des travaux scolaires; dans la vie pratique, tant dans sa façon d'agir que dans sa conversation, R... paraît être un enfant normal. L'attention est chez lui de courte durée, la moindre distraction l'interrompt; la réflexion est impossible; P... est un instable. L'imagination est bornée, l'enfant est tout de suite à court d'idées. Il y a plutôt chez lui association de mots qu'association d'idées. La mémoire, surtout visuelle, est très faible. Il n'est pas du niveau intellectuel de son âge. La lecture est lente et monotone, l'écriture régulière mais machinale; les connaissances grammaticales n'ont été acquises que par routine. R.. ne connaît que l'addition et la soustraction et du système métrique n'a retenu que les mots: mètre et kilogramme. Les connaissances usuelles sont limitées ; R... ne peut pas dire d'où viennent les boissons, les tissus, etc. En histoire de France et en géographie, il n'a en sa possession que quelques noms sur lesquels il ne peut fournir aucun détail.

État instinctif et moral. — R... paraît avoir un bon caractère, docile aux ordres que nous lui donnons, il est poli avec tout le monde et ne se sert jamais d'expressions grossières. Il se plaît aux jeux bruyants, taquine volontiers ses camarades sans aller jusqu'à leur faire du mal ; n'aime pas rester seul autant parce qu'il a peur que parce qu'il recherche la société. A part l'onanisme avoué, on ne constate chez lui aucune perversion d'instinct. La volonté est faible, R... se laisse facilement entraîner. Affectueux et non égoïste, il a la notion du bien et du mal ; ne présente aucune exagération dans ses pratiques religieuses. En somme bonne nature.

Traitement. — Bain d'un quart d'heure tous les huit jours, une douche complète en jet en évantail de 30 secondes tous les jours, gymnastique, travaux manuels, travail intellectuel à heure fixe, traitement moral. — On ajoute l'élixir polybromuré d'une à deux cuillerées tous les jours, l'enfant ayant été signalé comme épileptique. jusqu'à vérification de la nature des crises.

Mai. — Le soir même de son entrée à l'Institut-Médico-pédagogique, R... a une attaque. A 9 heures du soir, il venait de quitter la salle de jeux pour gagner le dortoir, lorsque sans prévenir, il se renverse en arrière en poussant un cri de frayeur prolongé. Le corps tout entier est raide, les bras sont collés le long du corps, les avant-bras portés en avant et croisés sur la poitrine, les poings fermés, le pouce en dehors. La physionomie exprime la frayeur, les yeux fixes regardent en haut, il y a de l'extase dans leur expression. La rigidité dure deux minutes, puis les paupières se referment et quelques larmes coulent des commissures internes. L'enfant reste environ trois minutes sans connaissance. On l'aide à se relever, mais au bruit d'une allumette bougie qu'on fait craquer à côté de lui, R... pousse un nouveau cri de frayeur, qui n'est pas suivi de chute. Il faut cependant le monter au dortoir, et l'étendre sur son lit : il y reste cinq minutes, puis se déshabille les larmes aux yeux et se couche sans autre incident. — Dans le courant du mois, deux nouvelles attaques en tout semblables à celle que nous venons de décrire.

Juin. — Même traitement. et en plus deux douches par jour. — Pas grand changement en classe. R... fait preuve d'une véritable paresse intellectuelle, on doit revoir avec lui les leçons élémentaire de la grammaire; il arrive à comprendre le mécanisme de la multiplication et de la division, à la fin du mois, il fait de petits problèmes sur les trois premières opérations; il acquiert quelques notions élémentaires de géographie et d'histoire de France. — Dans le mois de Juin, attaques semblables à celles de Mai.

Juillet. — Le 7 juillet R... se plaint de lassitude générale. de malaise; il paraît toute la journée plus impressionnable qu'à l'ordinaire : sur une observation sans importance il se met à pleurer. A quatre heures et demie, étant en classe, l'enfant se lève de son banc en poussant un cri strident, comme s'il venait de recevoir un douloureux choc. On l'étend à terre et aussitôt commencent dans les membres des convulsions cloniques très étendues. L'enfant fait subitement et très rapidement un ou deux tours sur lui-même en poussant

des cris aigus. Les mains saisissent dans une crispation violente tout ce qui se trouve à leur portée. Au bout d'une minute commence une période de rémission relative. Les bras se croisent devant la face, comme si R... ne voulait pas voir. Les doigts sont contracturés dans la flexion complète, les mâchoires se resserrent, les masséters saillent. La face est congestionnée, les yeux convulsés en strabisme convergent. La figure n'est pas grimaçante; la respiration est pénible. Au bout de deux minutes les membres se relâchent, la respiration se fait plus aisément, l'attaque paraît terminée. Deux minutes et demie environ après, nouveau cri strident et nouvelle attaque en tout semblable à la première, moins prolongée cependant. En une demi-heure, nous comptons onze cris stridents suivis d'attaque, séparées par de courtes rémissions. A la fin de la dernière R... se met à pleurer. Il ne se souvient de rien, ne sait si c'est l'heure du goûter ou du dîner. Quand il paraît être revenu complètement à lui, nous l'interrogeons et voici les renseignements qu'il nous fournit : il aurait une aura très incomplète : il éprouverait une sensation de strangulation et d'obnubilation de la vue immédiatement avant chaque attaque. Il dit cependant avoir le temps de s'écarter d'un lieu dangereux. Il perçoit vaguement le cri qu'il pousse et à certains instants de l'attaque il se rend confusément compte qu'on l'entoure et qu'on parle à côté de lui. Il verrait dans ses attaques des animaux fantastiques, terrifiants, tels que des dragons, puis ce sont des rats, des souris qui courent autour de lui. — Toute la soirée R... se plaint de malaise, de lassitude dans les jambes, et cette fatigue, il la ressent encore le lendemain, malgré le profond sommeil de la nuit. *Diagnostic* : HYSTÉRO-ÉPILEPSIE.

Le 10 juillet à 9 heures et demie du soir, R... était couché et endormi. Tout-à-coup il se met à crier : « Non !... non !... je ne veux pas ! » et presque aussitôt il pousse un cri rauque et porte vivement les avant-bras en avant et les croise violemment sur sa figure. Il fait en même temps plusieurs tours sur lui-même, puis le corps reste en spirale, la tête tournée à droite, les jambes portées à gauche. Une rigidité générale envahit le corps entier, elle est cependant plus accentuée et plus persistante dans le cou et les bras. La physionomie exprime toujours l'effroi, les yeux sont convulsés en un strabisme convergent, la bouche est ouverte, les lèvres rétractées recouvrent les dents. De temps en temps R... pousse un cri semblable au cri initial et à chaque cri il se tourne brusquement sur le ventre, cherche à se mordre les poings, les draps; il réussit à saisir de ses dents la manche de sa chemise, il est impossible de la lui arracher. En lui maintenant les jambes, on sent comme un fourmillement sous la peau; si on exerce une pression, on sent sous les doigts de véritables ondulations de serpent. Cette attaque prolongée a duré une heure et demie, avec quelques petites périodes de rémission incomplète. R... a poussé quinze cris, dont trois plus effrayants et plus prolongés. La rigidité générale du corps paraît se produire, comme intensité et comme durée, en raison directe de la force du cri. Tout le temps que dure l'attaque, le pouls est irrégulier, tantôt lent, tantot précipité et saccadé. A chaque cri, la respiration devient haletante, pour se régulariser peu à peu. Les mains sont plutôt fraîches, le front n'est pas chaud. Durant l'attaque l'abdomen s'aplatit. A chaque rémission de rigidité, les yeux sont humides, une larme perle à la commissure interne des paupières. Ni avant, ni pendant, ni après l'attaque nous ne constatons de miction, de défécation, de bave, d'érection. La fin de cette véritable série d'accidents hystériques a été marquée par une forte inspiration, suivie d'une expiration bruyante : R... étire ses membres, se frotte les yeux et le front, et se met à pleurer. Deux minutes après, l'enfant paraissait endormi, lorsqu'on l'entend crier d'une voix forte : « Laissez-moi, voleurs, assassins! » On s'approche de lui, on lui cause, il ne répond pas; enfin au bout de cinq minutes de repos complet, sur une demande que nous lui faisons, il répond qu'il veut dormir et nous dit bonsoir en nous appelant par notre nom. La nuit a été tranquille, le sommeil très profond.

Le 20, attaque isolée, dans le genre de celle du 1er mai.

Le 28, vers 10 heures du soir dans le lit, R... sans ouvrir les yeux se met à parler à haute voix sur un ton de discussion; il s'agissait dans son rêve d'une partie de croquet : « A vous, Monsieur ! ... il m'a croqué ! ... tout à recommencer .... c'est à moi... laisse-moi jouer. » En disant ces derniers mots l'enfant se lève brusquement, en rejetant loin de lui ses couvertures. Il marche en raidissant le corps, se dirige vers le lit voisin, y donne un fort coup de poing; les paupières sont baissées. Il se retourne d'un bloc, se dirige vers la porte qu'il essaie d'ouvrir, la frappe de coups de poings à l'ébranler, puis, comme elle ne cède pas, il revient sur ses pas, en évitant tous les obstacles, monte sur un lit et d'un bond saute sur le faîte d'une armoire placée à côté. Il s'y étend et cherche à dormir, il reste étendu trois minutes environ, puis descend, monte sur la cheminée où il s'étend également et se redresse presque aussitôt pour aller se coucher sur le bord d'une table à toilette sans déplacer ni cuvette, ni pot à eau; il n'y reste que quelques secondes, en descend pour aller vers son lit, prend ses vêtements et s'habille; il retourne à la porte qu'il essaie d'ouvrir de nouveau; n'y réussissant pas il retourne à son lit, se déshabille et se couche. La durée de cet accès somnambulique a été exactement de deux heures et demie.

Le 31 juillet, R... a une attaque d'une durée de 15 minutes, présentant les mêmes caractères que celles du 1er mai.

Août. — Dans le traitement, l'élixir polybromuré a été remplacé par des capsules au bromure de camphre, d'une à trois par jour; le malade continue à prendre quotidiennement deux douches et à suivre les autres prescriptions énoncées plus haut. — L'amélioration intellectuelle et morale s'accuse tous les jours; le travail en classe est régulier et plus prolongé, l'orthographe est meilleure, les lettres qu'il écrit de lui-même à sa famille manifestent un raisonnement moins naïf et sont d'une facture plus correcte; il fait de petits problèmes; l'attention est plus soutenue, la réflexion est maintenant possible, et R... apprend des morceaux de récitation d'une dizaine de vers. Les connaissances usuelles s'augmentent, il s'intéresse aux leçons de choses, et retient assez facilement les petits cours d'histoire et de géographie qu'il aime à écouter. La volonté, durant ce mois, s'affermit elle devient capable d'un effort personnel. — R... n'a eu qu'*une seule attaque* de la durée de dix minutes environ. En revanche, il s'est produit trois attaques de somnambulisme dans la nuit du 7, du 17 et du 24. Dans la première R... a saisi une canne qu'il a fait tournoyer au-dessus de sa tête, et a frappé du poing les personnes qu'il rencontrait dans ses allées et venues. Il était, pour ainsi dire, agressif, et nous devions éviter sa rencontre. Dans la crise somnambulique du 17, nous avons eu recours aux inhalations d'éther; après plusieurs inspirations, R... fait une grimace de répulsion, fléchit sur ses jambes et se laisse aller comme une masse. Il est recouché et s'endort aussitôt. Dans la nuit de 24 ont été également faites les inhalations ci-dessus indiquées, avec le même résultat.

Septembre. — Même traitement. Pendant ce mois il ne s'est produit aucune attaque. Dans la nuit du 12, crise de somnambulisme : après une longue promenade dans le dortoir, de la durée d'une heure environ, R... s'est assis sur son lit, a ouvert le tiroir de sa table de nuit, et a rangé tous les objets qu'elle renfermait; il paraissait chercher quelque chose qu'il ne trouvait pas; au bout de dix minutes, il se baisse et ramasse un bout d'allumette et un chiffon de papier, il cherche à tracer des bâtons, sans réussir. Nous déposons sur sa table un crayon et une feuille de papier, il s'en empare aussitôt et s'amuse à dessiner une devinette qu'un de ses professeurs lui avait expliquée dans la journée. Il s'agissait de tracer six rangées de six bâtons, et d'en effacer six de façon que la somme des bâtons laissés constitue tant dans le sens horizontal que dans le sens vertical, un nombre pair. Deux fois il essaie de résoudre ce petit problème, et deux fois mécontent de lui, il couvre de hâchures ce qu'il vient de tracer; il réussit dans une troisième tentative. Aussitôt après, il paraît fatigué de l'effort qu'il vient de faire, se couche convenablement dans son lit et s'endort. Durant le sommeil somnambulique, R... a toujours gardé les paupières baissées.

Septembre Octobre et Novembre. — Même traitement.

Pendant ces trois mois il ne survient aucun accident convulsif ou somnambulique. R... continue à s'améliorer à tous les points de vue. L'onanisme qui avait été, constaté et avoué à son arrivée à l'Institut médico-pédagogique ne se produit plus. Sous l'influence du traitement moral, l'enfant de plus en plus accessible au raisonnement, tient compte de la moindre observation qui lui est faite et se garde de tout ce qui pourrait retarder sa guérison : il ne cherche ni à boire ni à revenir à ses mauvaises habitudes. A la gymnastique, il va bien aux échelles convexe et horizontale, aux anneaux ainsi qu'aux exercices d'ensemble. En classe, il est arrivé à peu près au niveau du certificat d'études primaires. Les parents satisfaits des résultats du traitement nous demandent à le reprendre à titre d'essai à la fin de Novembre.

	1897. Mai.	Novembre.
Poids.........	45. k. 500	50 k.
Taille	1. m. 62	1m. 645

Tableau des accidents nerveux.

MOIS.	ATTAQUES.	accès de somnambulisme.	OBSERVATIONS.
Mai	3	»	
Juin	2	»	
Juillet	4	1	Ce nombre de 4 correspond à 2 attaques isolées et à 2 séries d'attaques.
Août	1	3	
Septembre	»	1	
Octobre ...	»	»	
Novembre.	»	»	

Depuis le départ de l'enfant, nous avons eu l'occasion d'avoir de ses nouvelles soit par l'intermédiaire du médecin, parent de la famille, soit directement par des lettres de lui ou de son père. Il a été remis en pension, où il n'a pas présenté le moindre accident nerveux. En août 1898 la famille nous communique une lettre du Principal du Collège, dans laquelle nous lisons : « Il n'y a qu'à se louer de sa conduite et de son travail.... Les notes de la classe, pour les devoirs et pour les leçons, ne cessent d'aller en progressant. C'est là évidemment l'indice d'une bonne volonté constante et le résultat d'un effort soutenu. Il arrive ainsi peu à peu à se mettre au niveau de ses camarades... Pour ce qui regarde sa santé, il ne s'est produit aucun inconvénient. » Le 18 novembre 1899, le père nous écrivait : « Il n'est rien réapparu depuis que nous l'avons. R... a pris beaucoup de développement, sous tous les rapports, sa santé a continué à s'améliorer.... il commence à prendre goût au travail des champs, cela me donne un peu d'espoir pour lui et pour moi. » Nous ne nous avançons donc pas imprudemment, en disant qu'il y a eu *guérison*.

Réflexions. — I. L'*hérédité directe* de l'enfant est nulle ; nous ne trouvons de tare que chez le grand-père maternel d'un caractère excentrique et qui est mort de ses excès de boissons. — Les *antécédents personnels* sont plus graves : nous relevons, en effet, l'*alcoolisme passif* de la première enfance et l'appétence irrésistible que R... a toujours manifestée pour le cidre en particulier, dont il faisait des abus journaliers.

II. Les *stigmates de dégénérescence physique* se bornent à une légère asymétrie de la face et du crâne, ainsi qu'à une insignifiante difformité de la verge.

III. L'*arriération intellectuelle* de l'enfant est antérieure à la première attaque ; l'apparition de l'hystérie n'a exercé d'influence que sur le caractère qui devient irritable et indépendant.

IV. Malgré le diagnostic porté par le médecin, parent de l'enfant, qui, du reste, nous avait déclaré n'avoir assisté à aucune crise, nous n'avons pas hésité dès les premières attaques à reconnaitre l'*hystérie mâle*.

V. La maladie débute à douze ans et demi. Elle nous paraît avoir pour cause réelle l'alcoolisme héréditaire et personnel du sujet, et pour causes occasionnelles une forte émotion produite par une peur et probablement un excès alcoolique dans un repas de famille. C'est encore une peur qui, après une rémission de deux mois, coïncide avec une réapparition des attaques.

VI. Dès que R.., a été *isolé* des siens, et que par conséquent on a pu couper court à ses anciennes habitudes, nous constatons chez lui une amélioration morale. Son caractère change presque aussitôt, et d'irritable et insoumis devient sociable et docile. Peu à peu, sous l'influence du *traitement médico-pédagogique*, l'arriération intellectuelle s'atténue, les attaques disparaissent, pour céder un moment la place à des crises de somnambulisme et enfin dès le sixième mois de traitement nous ne relevons plus le moindre accident. A noter encore la suppression de l'onanisme et de l'appétence alcoolique, qui ne se sont plus manifestés, même après le départ de R.... Comme cette notable amélioration n'a fait que s'accentuer depuis deux ans passés et que l'enfant en est arrivé à « se mettre au niveau de ses camarades », nous n'hésitons pas à croire que nous avons obtenu une guérison.

Voici quelques indications concernant les cas d'hystérie chez les garçons, observés par nous et auxquels nous avons fait allusion au début de cette *Note*. Si nous les rappelons c'est afin d'aider les auteurs de bonne foi qui auront l'occasion de traiter cette question, toujours intéressante, de pathologie et de clinique infantiles.

1880. — *Note sur un cas d'hystéro-épilepsie* chez un garçon de 13 ans. (En collaboration avec d'Olier. *Compte-rendu* de Bicêtre pour 1880, p. 30). — Lam...

1881. — *Nouvelle observation d'hystéro-épilepsie chez un jeune garçon ; hydrothérapie ; guérison.* (En collab. avec Bonnaire. *Compte-rendu* de 1881, p. 55.) — Ron..

1882. — *Nouveau cas d'hystérie chez un jeune garçon.* (En coll. avec Dauge. *Cpte-rendu* de 1882, p. 122). — Frei...

1883. — *Nouvelle observation d'hystéro-épilepsie chez un jeune garçon ; guérison par l'hydrothérapie* , par Bourneville et Bonnaire. (*Compte-rendu* de 1883, p. 87). — Buch...

1884. — *Hystéro-épilepsie ; instabilité mentale avec perversion des instincts ; impulsions ; arrestations, condamnation, mort en prison de tuberculose pulmonaire* ; par Bourneville et Leflaive. (*Compte-rendu* de 1884, p. 164). — Brig...

1889. — *Une famille d'hystériques, jeunes garçons et jeunes filles.* (En collaboration avec P. Sollier. *Compte-rendu* de 1889, p. 148). — Famille Lav...

1890. — *Cas d'hystérie chez l'homme.* (En collaboration avec Séglas. *Compte-rendu* de 1890, p. 89). — Houz... Hetting.., From...

1891. — *Deux nouvelles observations d'hystérie mâle.* (En collaboration avec P. Sollier. *Compte rendu* de 1891, p. 3). — Cah..., Hir...

1896. — *Alcoolisme ; instabilité mentale ; crises hystériformes ; guérison.* (En collaboration avec J. Boyer. *Compte rendu* de 1896, p. 218). — Camille C...

A ces cas s'ajoutent le précédent et deux autres (1). Nous devons aussi renvoyer le lecteur au mémoire de d'Olier : *De la coexistence de l'hystérie et de l'épilepsie avec manifestations distinctes des deux névroses, considérée dans les deux sexes et en particulier chez l'homme.* Paris, 1881 ; et à celui de Clopatt, *Etude sur l'hystérie infantile* (1888), mémoires dans lesquels sont reproduites plusieurs observations du service (1). Tous ces travaux, pas plus que notre mémoire sur la *Contracture hystérique permanente* (avec Voulet), n'ont paru dignes d'une mention à quelques-uns des auteurs de l'article *Hystérie* dans les récents *Traités de médecine.*

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Première visite à l'Exposition. Le pavillon de la Ville de Paris.

L'Exposition a ouvert ses portes, et chacun peut, dès à présent, admirer à son aise les merveilles d'architecture et de décoration de cette ville féerique sortie en quelques mois de terre. Quant aux objets exposés que doivent contenir tous ces superbes palais, ces élégants pavillons, ces vastes galeries, il ne faut guère y songer à l'heure actuelle : dans quelques semaines seulement l'Exposition méritera son nom, pour le moment contentons-nous d'admirer sa brillante ossature. Cependant, quelques pavillons officiels sont, par place, en voie d'organisation et peuvent être visités avec fruit, le pavillon de la Ville de Paris est de ce nombre. Vaste, spacieux, sobre de décorations et bien symétriquement ordonné, ce pavillon, qui fait face au superbe palais d'Italie, a la monotonie confortable de toutes les bâtisses administratives. Nous n'en décrirons pas l'entrée et la première salle, dont les murs sont couverts de peintures et de dessins ayant trait à l'histoire de l'organisation des grands services publics de Paris. Nous ne dirons rien de la galerie centrale, décorée de quelques statues encore mal équilibrées, et d'une grande vasque vide, divisée en compartiments vitrés, où chacun pourra comparer la limpidité des diverses eaux qui alimentent et parfois empoisonnent la capitale. Nous n'insisterons pas non plus sur la galerie gauche du rez-de-chaussée, où seul M. Bertillon a pu installer, à peu près, l'exposition du service anthropométrique de la Préfecture de Police ; l'étage supérieur qui ne contient guère pour le moment que les plus beaux travaux des Ecoles professionnelles municipales, n'offre pour nous qu'un intérêt secondaire. C'est vers la galerie droite du rez-de-chaussée que le médecin devra s'arrêter. En partant du fond du pavillon et se dirigeant vers la porte d'entrée il traversera successivement les salles remplies d'appareils et de diagrammes des observatoires météorologigues de Montsouris, de la Tour Saint-Jacques, du parc Saint-Maur et arrivera à l'exposition de l'*Assistance publique.*

Le visiteur est un peu déçu du petit espace réservé à l'Assistance, il en résulte que son exposition est un peu mesquine, mais s'il songe aux nombreuses administrations qui se sont disputé le pavillon de Paris, il se souvient qu'une galerie entière est réservée dans l'enceinte de l'Exposition aux œuvres d'assistance publique et de bienfaisance privée, il pourra juger que l'assistance parisienne est à son rang dans l'Exposition officielle de la Ville.

Dans une première salle s'étalent quelques richesses archéologiques empruntées aux archives de l'Assistance, de vieux missels aux riches enluminures, des monnaies anciennes découvertes dans les fondations d'Angicourt. Les murs sont recouverts d'anciens portraits des bienfaiteurs des hospices et hôpitaux ; citons le chancelier d'Aligre, M. et Mme Chardon-Lagache, Mme Necker, l'abbé Cochin, Rossini et Mme Rossini. Une superbe toile, peinte par Gros, représente Elisa Roy, comtesse de Lariboisière, à côté est le portrait de la baronne Debrousse et de sa fille, signalons encore deux beaux bustes, en marbre, de Galignani. Laissons en paix ces bienfaiteurs et souhaitons que leur vue porte nos contemporains à suivre leur généreux exemple ; pénétrons dans la salle intitulée : *Section de la première enfance.* Nous trouvons exposés un appareil à stériliser le lait, une couveuse provenant du service du Dr Porak à la Maternité. Sur les murs sont des dessins et des plans représentant la consultation des nourrissons, 25, rue de la Rochefoucauld, et divers services de la Maternité. Puis viennent les Enfants-Assistés ; nous y retrouvons la reconstitution du tour, une photographie représentant le bureau des Enfants-Abandonnés qui l'a remplacé. Sous une vitrine sont exposés les anciens signes de reconnaissance des enfants trouvés déposés dans le tour, et le curieux procès-verbal d'abandon avec l'extrait du registre matricule de Jean Le Rond, dit d'Alembert, daté du 17 novembre 1717.

La *Section de l'Enfance* fait suite à celle des nouveau-nés, on y voit la reproduction exacte d'un nouveau boxe d'isolement de l'hôpital des Enfants-Malades ; sous une vitrine, les costumes et vêtements des enfants assistés ; sur les murs de nombreux plans, dessins et photographies représentent l'école Lallier des teigneux à l'hôpital Saint-Louis la maternité de Saint-Antoine, le nouvel hôpital des Enfants de la rue Michel-Bizot, la fondation Chemin-Delatour à Ivry, l'hôpital Hérold, les écoles du service de M. Bourneville à Bicêtre, les nouveaux services des Enfants-Malades et le sanatorium d'Hendaye. La section suivante est réservée aux *Ecoles professionnelles* de l'Assistance. Nous pouvons y admirer l'organisation de l'école d'horticulture Le Nôtre, les travaux exécutés par les pupilles de la Seine, par les enfants des fondations Riboutté-Hartmann et Parent de Rozan. Bien que dus à des enfants arriérés et anormaux, l'exposition du service de M. le Dr Bourneville (asile-école de Bicêtre et de la fondation Vallée), celle de la Salpe-

(1) En ce qui concerne *l'hystérie et l'hystéro-épilepsie chez la femme*, voir Bourneville, *Recherches sur l'épilepsie et l'hystérie*. Paris, 1876, Bourneville et P. Regnard, *Iconographie de la Salpêtrière*, 1876-1880, etc. *Compte rendu* 1899.

trière supportent sans désavantage la comparaison. Une grande vitrine abrite, au milieu de la salle, de brillants costumes confectionnés par l'école d'Yzeure. Sur des pupitres nous voyons exposés une méthode de lecture perfectionnée pour les enfants arriérés de l'asile-école de Bicêtre, œuvre d'un des plus distingués instituteurs de cette maison, M.-J. Boyer, un volumineux traité sur les maladies des arbres fruitiers provenant de l'école d'horticulture Le Nôtre et un volumineux album sur le mal de Pott rassemblant les observations du Dr Mesnard (de Berck-sur-Mer) et les dessins de M. Sellier. Une grande radiographie représente au tiers de sa grandeur naturelle une femme atteinte de scoliose, cette œuvre de M. Ch. Vaillant provient du laboratoire de la maternité Baudelocque. De nombreux diagrammes intéressants à consulter indiquent les variations du nombre des malades, des lits, des ressources de l'Assistance, etc., au cours de ce siècle. De belles aquarelles signées Caron, représentent les costumes du personnel secondaire des hôpitaux.

La salle suivante porte le nom de *Section hospitalière.* Là les organisateurs ont voulu établir un contraste entre l'hôpital de notre époque et celui du XVIIIe siècle. Un lit moderne, muni de son sommier à longs ressorts, de ses blanches couvertures, avec la table de nuit qui supporte le matériel usuel des salles d'hôpital sans oublier les bassins, l'irrigateur Eguisier et le nouveau crachoir monté sur un trépied, fait face à un lit ancien, reconstitué aussi fidèlement que possible. Ce lit à quatre malades est muni d'un ciel, de rideaux de drap et de colonnes. Des mannequins, deux à la tête et deux aux pieds, occupent ce singulier instrument de repos et sur le rayon qui est fixé à la tête, sont pêle-mêle des ustensiles d'étain et la légendaire seringue de M. Fleurant; une chaise percée, un énorme pot à tisane complètent au pied du lit le matériel hospitalier. Ici tout est antique jusqu'à l'étiquette que portent les rideaux où nous lisons: « *Confession* n° 80. » Des meubles en noyer ciré, des boites vernies abritent non loin de là l'arsenal chirurgical de l'époque, faisant contraste avec la vitrine à glaces montées sur métal nickelé où sont rangés les instruments modernes.

Sur les murs sont encore des plans, des dessins et des photographies représentant l'annexe Pascal de l'hôpital Broca, le sanatorium d'Angicourt, Brévannes, la boulangerie des hopitaux, la buanderie de Laënnec. Signalons de nombreuses radiographies et photographies, provenant du laboratoire de l'hopital Necker. Sur des rayons et dans des vitrines nous examinons tour à tour des échantillons de comestibles, les farines provenant de la meunerie de la boulangerie centrale, des modèles réduits d'étuves à désinfection et de fours à incinérer les détritus d'hopital.

Là se borne l'énumération un peu sèche de l'exposition de l'Assistance publique. Elle donne, malgré sa trop faible importance, une idée des progrès accomplis dans ces dernières années; en envisageant impartialement les choses, nous devons constater qu'ils sont considérables. Si la Ville de Paris, a encore de vieux hôpitaux elle le doit à l'héritage du passé, mais on ne peut lui reprocher de ne pas faire ses efforts, pour transformer son organisation et la faire bénéficier de toutes nouvelles découvertes de la science et des progrès de l'hygiène.

A la suite de l'Assistance publique, on pénètre dans les salles réservées au *service sanitaire des halles* et au *laboratoire municipal.* Le médecin trouvera encore là une intéressante exposition.

Nous nous contenterons de signaler une remarquable collection d'aquarelles de champignons comestibles et vénéneux, des pièces anatomiques recueillies par les vétérinaires des halles : monstruosités, hydrocéphalie chez divers animaux domestiques, pièces de squelettes déformées par l'actinomycose ou la tuberculose, calculs intestinaux, vésicaux, biliaires, énormes trouvés chez divers ruminants. A côté sont de très beaux moulages ou aquarelles reproduisant les lésions de l'actinomycose, de la tuberculose, de la ladrerie, de la morve, de la clavelée, de la mélanose, de la fièvre aphteuse, etc., etc.

Nous traversons en sortant, des salles en cours d'installation, on y fixe des tableaux sur lesquels nous lisons orphelinat Prévost, pavillon Ernest Roussel à Mers, hôpital temporaire de Moiselles, hospice Favier; plus loin nous entrevoyons la silhouette du pavillon de chirurgie de l'Asile Clinique et les plans des asiles d'aliénés de Vaucluse, de Ville-Evrard et du nouvel établissement de la Maison-Blanche. Mais les exposants sont ici fort en retard et dans une prochaine visite, nous pourrons seulement nous rendre compte de l'importance de l'exposition des œuvres de l'Assistance du département de la Seine. J. NOIR.

Suicide à l'hôpital Saint-Antoine.

Le fait divers ci-après nous paraît instructif à plusieurs égards. Reproduisons-le d'abord. Les commentaires qu'il comporte viendront ensuite.

« Hier au soir, un veilleur de nuit à l'hôpital Saint-Antoine, faisant sa ronde habituelle dans les salles, aperçut un malade pendu à la tringle de son lit. Il appela aussitôt à l'aide et dépendit le malheureux auquel l'interne de garde vint donner ses soins. Mais il était trop tard, l'homme était mort déjà depuis quelques minutes.

« Le suicidé s'appelle Isidore Ferriere. Il était entré à l'hôpital au commencement du mois d'avril. Apprenant hier seulement que sa maladie était incurable, il voulut se donner la mort, et, profitant de ce que ses voisins de salle dormaient, il attacha son foulard à la tringle du lit, passa sa tête dans un nœud coulant préparé à l'autre extrémité, puis il se laissa tomber dans le vide. M. Boutineau, commissaire de police, a fait les constatations d'usage : l'inhumation d'Isidore Ferrière aura lieu demain. » (*Le Temps* du 16 avril 1900.)

Peut-être y a-t-il trop de tringles et de rideaux malpropres aux lits des hopitaux de Paris. Peut-être conserve-t-on *trop d'aliénés* dans les salles de malades ordinaires, ce qui est une *faute administrative grave,* les hôpitaux ne devant conserver *aucun aliéné* : la *loi* le veut ainsi. Ce fait montre aussi combien est défectueux le *service de veille* dans les hôpitaux. Il est vraiment extraordinaire que les journaux n'aient pas plus souvent des accidents de ce genre ou autre à enregistrer. En effet, le service de veille le plus délicat, le plus difficile, puisqu'il s'exerce la nuit, est confié à des débutants, à des hommes et à des femmes qui n'ont *jamais* soigné de malades. Un maçon *sans ouvrage* (ce n'est pas le cas cette année, aussi l'administration manque-t-elle d'infirmiers), va au « marché des

infirmiers », il y a une place vacante, on le prend, on le déguise dans un uniforme, on lui confie le service.

Une bretonne quelconque débarque à Paris, une domestique sans place va dans un hôpital, il y a des places vacantes, on lui confie immédiatement le *service de veille*. Tant qu'il en sera ainsi, la nuit, les malades seront mal soignés, la suppléante ou la surveillante de nuit ne pouvant être dans toutes les salles à la fois, et le *recrutement du personnel* demeurera en grande partie défectueux.

B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 17 *avril* 1900. — PRÉSIDENCE DE M. MAREY.

Diagnostic de la rage du chien.

M. NOCARD montre, en s'appuyant en partie sur les travaux de MM. CAILLÉE et VALLEE, la difficulté de ce diagnostic à l'autopsie. Les résultats positifs constatés à l'autopsie et à l'examen microscopique des centres nerveux ont une valeur formelle. Les résultats négatifs, au contraire, ne permettent jamais d'affirmer que l'animal mordeur n'était pas enragé.

Vaccin de chèvre.

M. HERVIEUX lit un travail de M. PARGIN, montrant la possibilité de l'emploi du vaccin de chèvre dans les pays où la génisse fait défaut.

Les eaux minérales et les suites de grippe.

M. FERRAS (de Luchon) montre l'efficacité du traitement thermal contre les suites de la grippe. Les eaux minérales peuvent répondre à toutes les indications : anémie, neurasthénie, bronchite persistante, etc.

Hémi-contracture post-hémiplégique avec athétose.

M. CHIPAULT présente les photographies d'un malade de 16 ans, atteint depuis huit ans d'hemi-contracture post-hémiplégique avec athétose. Aucun symptôme cranien. Crises d'épilepsie généralisées, à début par le bras gauche. Une intervention au niveau de la zone rolandique droite fait découvrir une tuberculose du diploe avec périméningite fongueuse. Les crises d'épilepsie disparaissent, ainsi que l'athétose. L'hémi-contracture disparaît presque complètement en quinze jours. Outre la rareté de la lésion trouvée, ce cas est intéressant par la disparition d'une hémi-contracture post-hémiplégique, qui n'était pas, par conséquent, sous la dépendance d'une dégénération pyramidale.

Traitement du mal de mer par les inhalations d'oxygène pur sous pression.

M. L. DUTREMBLAY a obtenu, chez un très grand nombre de passagers, la suppression du mal de mer par les inhalations de 30 à 40 litres d'oxygène pur sous pression.

A.-F. PLICQUE.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 11 *avril* 1900. — PRÉSIDENCE DE M. RICHELOT.

Anévrysme du creux poplité.

M. MONOD relate une observation d'anévrysme fusiforme de l'artère poplitée, mesurant douze centimètres de long et qu'il a extirpé, en faisant une ligature au-dessus et au-dessous; la dissection du sac fut relativement difficile et à la fin de l'opération, on put constater qu'une artère articulaire donnait du sang, indice que la ciculation artérielle, n'était pas absolument supprimée; d'ailleurs, depuis l'entervention aucun trouble circulatoire ne s'est manifesté.

Atrophies musculaires dans les arthrites.

M. HARTMANN fait un rapport sur des expériences pratiquées par Mallé et Mignot, sur des chiens, en vue d'étudier la pathogénie des amyotrophies dans les arthites. Dans toutes les expériences, ces auteurs ont constaté des lésions médullaires, ayant constaté en une diminution des cellules motrices, du segment médullaire correspondant.

M. KIRMISSON se demande si ces lésions médullaires sont primitives, car elles peuvent être secondaires à une névrite périphérique.

M. REYNIER pense que ces lésions médullaires sont secondaires; prouve la guérison rapide des atrophies musculaires et des troubles fonctionnels par le massage.

M. HARTMANN, tout en admettant que la question n'est pas élucidée, déclare l'objection de M. Reynier, nulle car les lésions médullaires pourraient guérir aussi bien que les lésions des nerfs périphériques.

Pathogénie du prolapsus du rectum.

M. MARCHANT, à l'occasion d'une observation de M. Pouchet, concernant un prolapsus du rectum traité et guéri par la recto-cocci-pénie, commente un travail de Butlov (de Kœnigsberg), sur la pathogénie du prolapsus; le plus souvant (et Butlov a 10 observations probantes) le prolapsus serait la conséquence, et non la cause, d'une hernie périnéale, se faisant dans le cul-de-sac recto-vésical; le cul-de-sac répond exactement au sphincter de Nélaton et le péritoine, d'autre part, est adhérent à ce niveau; si donc le cul-de-sac descend par suite de la production d'une hernie, le rectum, depuis le sphincter de Nélaton, sera entraîné à sa suite. Cette pathogénie, selon M. Marchant, expliquerait certains caractères du prolapsus, sa longueur, oscillant autour 8-12 cm., sa forme, celle de l'orifice inférieur et sa direction. Enfin, cette médication nouvelle doit diriger les tentatives thérapeutiques dans ce sens; il faut guérir la hernie cause du prolapsus. Jusqu'à nouvel ordre, l'opération de M. Marchant remplit assez bien ces conditions.

M. REYNIER objecte que bien des prolapsus sont dus uniquement à l'affaiblissement du périnée et sous les efforts du chirurgien doivent tendre à la réfection du plancher périnéal.

M. HARTMANN approuve pleinement les idées de M. Marchant; cependant, pour expliquer la fréquence du prolapsus chez les enfants, il se demande si, au lieu d'indiquer une prédisposition anatomique congénitale il ne serait pas plus exact de rapporter cette fréquence à l'état chétif des enfants qui en sont atteints et qui, dans ce cas, sont le plus souvent sujets à la diarrhée et aux contractions intestinales qui produiraient le prolapsus.

SCHWARTZ.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 7 *avril* 1900. — PRÉSIDENCE DE M. RICHELOT.

La séance est ouverte à 4 h. 1/4. Le procès-verbal de la dernière réunion est lu et adopté.

CORRESPONDANCE IMPRIMÉE. — Revues et journaux habituels. — *Gazette médicale de Picardie.* — Lepra, *Revue de Lepzig.* — *Nos ancêtres*, par M. Millot-Carpentier.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE. — Lettres de MM. Roubinovitch et E. Vidal, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance. Lettre de M. Millot-Carpentier demandant à être nommé membre titulaire.

A propos du procès-verbal, M. GLÉNARD fait les réflexions suivantes :

M. GLÉNARD. — La réponse aux objections qui ont été présentées par M. Richelot et M. Beni-Barde à la théorie de l'hépatisme se trouve dans les arguments eux-mêmes sur lesquels est édifiée cette théorie ; les doctrines de l'arthritisme, de la bradytrophie et de l'herpétisme, non seulement ignoraient, mais excluaient de propos délibéré toute participation de fait sinon, et exceptionnellement, à titre de complication. Or, la clinique, il est facile de le vérifier, apporte au contraire toute une série de faits d'observation prouvant le rôle capital du foie dès le début, pendant toute la durée et jusqu'à la fin du processus morbide diathésique. Les arguments reposent sur la séméiologie objective et subjective du foie qui a été et devait

être complètement remaniée, sur le parallélisme d'évolution des maladies diathésiques et du processus hépatique, sur la persistance des signes et des ruptures hépatiques dans les phases silencieuses de la diathèse ; et, les preuves que l'interprétation hépatique est légitime sont tirées des données de l'étiologie, des indications de la thérapeutique et des desiderata de la nosologie. Ces derniers se trouvent comblés par la nomenclature qu'impose la doctrine do l'hépatisme. Le traitement déduit de cette doctrine est celui qui est le plus efficace, c'est celui qui se rapproche le plus d'ailleurs du traitement empirique classique, auquel il n'y a qu'à ajouter les purgatifs, à tort abandonnés depuis cent et quelques années. *Naturam morborum curationes ostendunt.*

La doctrine de l'hépatisme n'exclut aucun des faits sur lesquels est édifiée la doctrine de l'arthritisme, mais elle ajoute une interprétation là où il n'y avait qu'une simple constatation; elle ne méconnaît pas les troubles chimiques sur lesquels repose la doctrine de la bradytrophie, mais elle les considère comme une conséquence de l'affection du foie ; elle n'ignore pas les manifestations nerveuses abstraites des *autres symptômes* par la doctrine de l'herpétisme, mais elle affirme leur subordination aux troubles hépatiques ; à priori, ces propositions sont déjà aussi admissibles que les propositions inverses qui les ont précédées.

La doctrine nouvelle ne conteste non plus aucun des mouvements fluctionnaires qui peuvent siéger sur tel ou tel organe autre que le foie, sur l'utérus par exemple, mais elle établit la subordination hiérarchique des nombreux appareils, organes et fonctions, et cherche, comme dans toute classification naturelle, les caractères les plus fixes, les plus stables, après une enquête ayant porté pendant vingt années sur des milliers de malades et sur un grand nombre d'entre eux, sur l'observation d'un même malade pendant une série de cinq, dix et quinze années ; la doctrine nouvelle, frappée des lacunes laissées par les doctrines précédentes, de celle capitale, qui meconnaissait le rôle du foie, conclut hardiment de toutes les considérations qui, dans toute autre maladie, suffisent à édifier solidement la nosographie, que dans les maladies de la nutrition, c'est le trouble permanent d'une ou de plusieurs des fonctions du foie qui donne leur allure générale à ces maladies et constitue le principe morbide commun, le fonds pathologique, la diathèse. Le terme d'hépatisme exprime cette interprétation nouvelle ou du moins renouvelée de Galien, mais avec des arguments nouveaux qui s'imposent désormais à toute discussion sur la nature de la diathèse, et par conséquent sur le traitement qui doit la combattre.

M. Richelot maintient que le vice diathésique siège dans le système nerveux et non dans le foie. Chez les arthritiques, le foie est congestionné comme peut l'être l'utérus : si la congestion du premier aboutit à la cirrhose, celle du second mène, vers 35 ou 40 ans, à l'hyperplasie ou à la sclérose.

M. Pellier lit une communication sur *la nouvelle installation du laboratoire municipal de bactériologie.*

Le laboratoire de bactériologie que, sur les instances réitérées de la Société de Médecine de Paris, le Conseil municipal a fondé, en juillet 1895, vient d'être tranféré, 1 *bis*, rue des Hospitalières-Saint-Gervais. Nous savons tous la progression ascendante et constante, tant par l'examen des produits diphtéritiques que tuberculeux qu'il a suivie, grâce au bon fonctionnement apporté par les soins du Dr Miquel. Je n'ai pas relevé les chiffres qui m'auraient permis d'établir la statistique annuelle, mais des graphiques indiquant cette progression sous forme de *diagramme*, sont dressés et pourront être consultés à l'exposition universelle.

Il résulte de ma visite que le nouveau laboratoire installé dans une partie du marché des Blancs-Manteaux, mieux aménagé qu'auparavant, au point de vue de l'art de la lumière, avec entrée orientée vers l'est, comprend un vestibule, à gauche duquel se trouve la salle réservée aux personnes qui viennent chercher les nécessaires et les rapporter. Attenant, se trouve le laboratoire de diagnostics des affections contagieuses, avec deux vastes pièces pourvues d'étuves et d'appareils appropriés ; un peu plus loin une laverie avec autoclaves pour la stérilisation des cultures et des produits morbides et plus loin encore, une salle où l'on élève et conserve les animaux neufs.

A droite du vestibule est la pièce destinée à l'examen des enfants des écoles, sans communication avec les autres pièces. Par le vaste dégagement du fond on gagne le laboratoire affecté à la préparation des milieux de culture et à la confection des nécessaires. On y remarque un appareil pour stériliser par filtration le sérum de sang recueilli aux abattoirs. Puis vient la salle des étuves que suit le laboratoire d'inoculations, en communication directe avec la salle des animaux inoculés.

Le premier étage est desservi par des dégagements identiques à ceux du rez-de-chaussée, réservés au service de micrographie des eaux et de l'air : une salle de photo-micrographie et des chambres noires pour le développement des clichés ot les études spectroscopiques et polarimétriques.

Ainsi donc, grâce à l'extension des nouveaux locaux, les analyses demandées par les médecins de la ville et du département de la Seine pourront être effectués avec encore plus de régularité et de ponctualité. D'après la circulaire préfectorale du 17 juin 1899, le directeur du laboratoire doit mentionner si les bacilles offerts à la culture par les sécrétions pharyngiennes et nasales des enfants des écoles, sont *virulents* ou non *virulents*, et si la rentrée en classe est possible ; or, il arrive que beaucoup de parents, faute de temps, ne peuvent ou ne veulent pas aller plusieurs fois au laboratoire. En conséquence, j'ai demandé à l'autorité compétente que des tubes stérilisés soient déposés dans les dispensaires des divers arrondissements pour faciliter cette constatation avec l'aide des médecins qui y sont attachés. Il suffirait, en moyenne, de *trois tubes* avec leur ajustage spécial, qui seraient renouvelés chaque mois et apportés par un employé après la petite opération d'ensemencement.

Une lacune resterait à combler. Il est arrivé souvent que des personnes venant de la campagne demander un diagnostic, réclamaient en même temps du sérum antidiphtérique, qu'elles ont parcouru souvent diverses pharmacies sans trouver de flacon ; il serait donc désirable qu'elles sussent qu'il y en a un dépôt au laboratoire et qu'elles peuvent s'en procurer, même *le dimanche*, dans de parfaites conditions d'asepsie, et sans rémunération supplémentaire. Le local étant dans un endroit central, les pharmacies pourraient de leur côté s'y approvisionner. Les deux vœux que je formule compléteraient l'organisation du laboratoire et la Société de Médecine de Paris, en les approuvant, parferait ainsi une œuvre éminemment sociale.

M. Ladreit de Lacharrière croit qu'il serait utile que les sérums médicamenteux portassent tous la date de la fabrication et l'indication du moment où ils cessent d'être actifs.

M. Dhomont croit que, dès à présent, les flacons de sérum portent la date de leur confection et que certains pharmaciens, systématiquement, rejettent ceux qui ont été fabriqués depuis trop longtemps.

M. Jullien se demande combien de temps un tube de vaccin se conserve ; et si, à la longue, les microbes qui accompagnent le virus-vaccin dans les tubes ne peuvent pas prédominer.

M. Guépin lit la communication suivante :

Deux volumineux calculs uriques de la vessie.

Il y a trois semaines, à peu près, se présentait à ma consultation M. D.., âgé de 69 ans, accusant d'anciennes coliques néphrétiques, toujours terminées par la sortie d'un gravier et se plaignant aujourd'hui de douleurs abdominales provoquées par le mouvement, accompagnées de légères hématuries et de fréquence des mictions. A l'examen, urines sanguinolentes, prostate de moyen volume, urètre libre : deux hernies inguinales, pas de lésion organique appréciable. L'exploration vésicale dénote l'existence d'un calcul fixé en arrière et à droite, paraissant être de moyen volume (2 cent. 1/2).

Le 28 mars dernier, avec l'aide de MM. Monhis, médecin du malade, Lozé et Sébilleau, je tentais la lithotritie, espérant encore mobiliser la pierre. Celle-ci ne pouvant être saisie entre le mors de l'instrument de Reliquet, je pratiquais aussitôt la taille suspubienne, de plus en plus convaincu que cette vessie

me réservait des surprises. Dans une loge situé en bas et à droite, absolument inaccessible par le périnée, je trouvais les deux énormes calculs uriques que je présente à la Société. Ils sont lisses, en forme de galet, du volume approximatif d'un œuf de poule, chacun jaune d'ocre, très durs, blanchâtre sur leurs facettes d'articulation, convexe sur l'un, concave sur l'autre. Le poids en est de 95 et de 97 grammes, le plus petit diamètre de cinq centimètres et demi, le plus grand de sept. Il ne s'agit pas à proprement parler de calculs enchatonnés.

L'intervention ne fut point très laborieuse et l'opéré est aujourd'hui en bonne voie de guérison.

J'insiste donc : sur l'impossibilité d'un diagnostic exact avant l'ouverture de la vessie, diagnostic des deux pierres, diagnostic même du volume de la première, l'exulcération sur une surface convexe limitée, la cystoscopie eut été comme presque toujours en pareil cas, parfaitement superflue sur les dimensions et surtout la dureté de ces calculs, qui devaient faire renoncer à la lithotritie, dont je reste cependant un partisan convaincu ; sur l'avantage de la taille suspubienne dans ces circonstances particulières, bien que je préfère presque toujours l'incision périnéale.

M. Guépin, répondant à une question de M. Richelot, dit que la loge vésicale où se trouvaient les calculs, était inaccessible par le périnée ; sinon, il eut sans hésitation choisi cette voie pour les atteindre. De plus, le volume excessif n'en eut point permis la sortie facile par le col vésical incisé et il se fut peut-être trouvé dans l'obligation de faire — comme d'autres avant lui — la taille hypogastrique après la taille périnéale.

M. Dubuc croit que l'absence d'hématurie chez le malade de M. Guépin est la preuve que les calculs étaient enchatonnés de bonne heure.

M. Richelot demande jusqu'à quel point la pierre faisait saillie au périnée ; car il se rappelle que naguère, il y a bien longtemps, il opéra un cas analogue et l'attaqua par le périnée.

M. Guépin dit que ce calcul était dans un bas-fond de la vessie, mais qu'au fond du périnée on ne le sentait nullement, sans quoi il l'aurait attaqué par le périnée, taille dont il est très partisan.

Vote sur l'élection de MM. Henri Fournier, Terrien et Millot-Carpentier.

MM. Henri Fournier, Terrien et Millot-Carpentier sont élus membres titulaires à l'unanimité (19 voix sur 19 votants).

La séance est levée à 5 h. 1/2.

Un des secrétaires annuels,
E. Albert-Weil.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE.

Séance du 10 avril 1900. — Présidence de M. Kirmisson.

Retard de la séro-réaction dans la fièvre typhoïde.

M. Guinon donne lecture d'une lettre de M. Netter, ayant trait à la question de la séro-réaction dans la fièvre typhoïde chez l'enfant, sur laquelle M. Rosenthal a fait une communication dans la précédente séance. M. Netter avait dès lors présenté quelques objections à son collègue, et n'avait admis ses conclusions qu'avec grandes réserves et sous bénéfice de contrôle ultérieur. Depuis lors, il a rassemblé, avec son interne, un certain nombre de faits de séro-réaction chez l'enfant typhique, qui prouvent que celle-ci est loin d'être toujours aussi tardive que l'a avancé M. Rosenthal.

Tuberculose du pubis.

M. Guinon annonce ensuite l'envoi d'un travail de M. Ménard (de Berk), sur un cas de tuberculose du pubis, travail qui sera l'objet d'un rapport ultérieur de M. Mauclair.

Tubage après la rougeole.

M. Sevestre lit une communication sur le tubage après la rougeole. Il constate que tout le monde est d'accord, en cas de tirage survenant chez un rubéoleux, avec ou sans diphthérie, pour pousser jusqu'aux dernières limites du possible le recours aux moyens médicaux (bromure, codéine, éther, enveloppements froids du thorax, etc.), et pour ne se résoudre à l'intervention chirurgicale qu'en face d'accidents asphyxiques croissants et devenus immédiatement menaçants pour l'existence. Naturellement, les indications varient suivant les cas, et le praticien aura à choisir, selon les circonstances, entre le tubage, la trachéotomie d'emblée et la trachéotomie après insuccès du tubage. Classant les faits qu'il a observés en deux groupes : le premier, dans lequel la rougeole existait seule, le deuxième, dans lequel elle était associée à la diphthérie, qu'elle l'ait précédée ou qu'elle en ait été suivie, M. Sevestre produit une statistique assez importante des résultats que lui ont donnés les trois modes d'intervention ci-dessus énoncés, et, se basant sur des impressions personnelles et sur cette statistique, il déclare nettement sa préférence pour le tubage. Au reproche adressé par M. Netter au tubage, de causer des ulcérations, il répond que, si les ulcérations laryngées ou trachéales sont fréquentes à la suite du tubage, elles n'en sont pas une conséquence fatalement inévitable, et que l'on peut se mettre jusqu'à un certain point en garde contre elles, en n'employant pas des tubes de trop fort calibre et en n'insistant pas trop longtemps sur l'emploi de ce moyen, en n'y recourant que pendant trois ou quatre jours. On a fait encore au tubage le reproche de favoriser la broncho-pneumonie; mais on peut en dire autant de la trachéotomie. D'autre part, que l'on tube ou que l'on trachéotomise, souvent la broncho-pneumonie existait déjà avant l'intervention, et alors, dans un cas comme dans l'autre, les malades succombent presque toujours plus ou moins rapidement. M. Sevestre complète sa communication par quelques documents statistiques sur des cas de rougeole sans diphtérie apparente, où l'on a trouvé néanmoins le bacille de Lœffler dans les sécrétions pharyngiennes et laryngo-trachéales, et qui ont été suivis de broncho-pneumonie. M. Sevestre conclut, en disant qu'il reste partisan du tubage pour les accidents en question, mais qu'il n'en prolonge pas l'emploi au delà de quatre jours, et que si, alors, le tirage persiste, il fait intervenir le trachéotomie.

M. Ausset parle à son tour sur le même sujet. Il dit qu'il y a lieu d'établir une distinction entre trois catégories d'accidents laryngés : les uns spasmodiques, les autres œdémateux, les derniers diphtéritiques. Dans le premier cas, il faut lutter médicalement contre le spasme, cause des accidents asphyxiques, et temporiser jusqu'aux dernières limites avant de recourir à l'intervention chirurgicale. Dans ces conditions, qu'il s'agisse de laryngite pré ou post-rubéolique, il tente le tubage, en laissant le tube 24 heures, sauf à le replacer ensuite pour le même temps. Il est d'avis qu'il ne faut recourir à la trachéotomie qu'après avoir fait préalablement cette tentative, et il rapporte un certain nombre de cas à l'appui de cette manière de voir. Dans les deux autres catégories de cas, il ne croit pas devoir rejeter le tubage, et il continuera à le préférer à la trachéotomie. Il croit que les fausses membranes protègent dans une certaine mesure la muqueuse contre les dangers d'ulcération résultant du contact du tube, qu'il recommande, d'ailleurs, de choisir court et de laisser le moins longtemps possible. Il se déclare aussi partisan de l'intervention tardive, décidée seulement après insuccès du traitement médical, et c'est au tubage qu'il a recours tout d'abord.

M. Guinon fait remarquer que M. Netter reste à peu près le seul adversaire du tubage dans les accidents dont il s'agit.

M. Sevestre dit que les ulcérations consécutives au tubage sont plus fréquentes dans les laryngites simples que dans les laryngites diphthéritiques, et semble disposé à admettre l'opinion de M. Ausset sur le rôle protecteur des fausses membranes à l'égard de la muqueuse laryngée des intubés.

Endo-péricardite au cours d'une fièvre typhoïde.

M. Guinon communique une observation d'endo-péricardite au cours d'une fièvre typhoïde chez une jeune fille de 15 ans, qui n'avait présenté, avant sa maladie, aucun signe d'affection cardiaque quelconque. La complication débuta, du troisième au quatrième jour de la maladie, par une dissociation de la température et du pouls, de l'oppression et un bruit péricardique, auquel succéda un souffle d'endocardite mitrale. La malade guérit après cinquante-deux jours de fièvre et trois rechutes successives. Le traitement avait comporté tout d'abord

des bains tièdes, mais ils avaient été mal tolérés. Lors des rechutes, la malade avait été très soulagée par des applications placées sur la région cardiaque.

M. Barbier cite un cas de *fièvre typhoïde avec accidents cardiaques* au cours de la maladie, en se demandant si ces accidents sont imputables à l'infection typhique primitive ou à une infection secondaire.

M. Domerc dit qu'il a trouvé des *bacilles typhiques dans une végétation valvulaire* chez un enfant mort de la fièvre typhoïde.

M. Guinon présente une pièce de *laryngo-typhus suffocant.*

M. Froin communique une observation de *péricardite aiguë dans un cas de diphtérie avec croup.* Il s'agissait d'un enfant amené à l'hôpital avec des accidents asphyxiques qui avaient nécessité le tubage immédiat. L'opération avait été assez laborieuse. Trois ou quatre jours plus tard, signes de péricardite, après poussées fébriles et accélération énorme du pouls. Mort rapide. A l'autopsie, péricardite suppurée, pleurésie purulente gauche (300 grammes de pus), et fusées purulentes médiastines arrivant au contact du péricarde, d'une part, et remontant, d'autre part, le long de la trachée jusqu'au niveau d'une ulcération manifestement due au tubage. En somme, infection du péricarde par extension d'une suppuration péri-brachéale consécutive à une ulcération de tubage.

A propos de cette communication, une discussion s'engage, à laquelle prennent part MM. Barbier, Ausset et Guinon, sur l'origine de l'ulcération trachéale dans ce cas, où il y a lieu peut-être de l'attribuer à un accident opératoire.

M. Guinon présente deux pièces : l'une provient d'un enfant intubé, qui succomba à une violente hémoptysie, et à l'autopsie duquel on constata que cette hémoptysie avait pour point de départ une caverne, et non pas, comme on l'avait cru tout d'abord, une ulcération de tubage ; l'autre est une tuberculose des amygdales, de la luette et du larynx qui, au premier coup d'œil, eût pu en imposer pour de la diphtérie.

Ch.-H. Petit-Vendol.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Traitement du diabète arthritique (1);

Par M. **VIGOUROUX**,

Médecin de l'Institut municipal d'électrothérapie à la Salpêtrière.

La note que j'ai l'honneur d'adresser à l'Académie a pour objet d'appeler son attention sur la valeur du régime lacté alterné et de l'électricité statique comme moyen de traitement du diabète arthritique. Je parlerai d'abord de l'électricité statique. Dès les premiers temps de la réintégration de cet agent en thérapeutique, j'ai constaté son action remarquable sur la glycosurie. Cette action n'est pas limitée aux cas légers. J'ai publié le fait d'un homme que j'ai traité en 1887 à la Salpetrière et qui avec 16 litres d'urine produisait 1.260 grammes de sucre par jour. En trois mois, sans autre médication que l'électrisation statique et sans régime spécial, le volume de l'urine était descendu à 4 litres et le poids du sucre à 350 grammes par jour. Des faits analogues ont été observés depuis par divers auteurs et on a même signalé l'efficacité d'autres formes d'électrisation. Toutefois l'électricité statique ne peut pas constituer un traitement complet du diabète, parce que son emploi se trouve contre-indiqué dans la plupart des formes graves de la maladie. En effet, précisément en raison de son influence accélératrice sur la désassimilation, elle ne peut être conseillée dans les cas qui prennent une apparence cachectique où le coefficient azoturique dépasse la moyenne et tend à s'élever. L'électricité n'est donc indiquée dans le diabète que lorsque la nutrition est ralentie, c'est déjà beaucoup, mais ce n'est pas assez.

Le régime lacté ne comporte pas de restriction de ce genre; il est pourtant moins utilisé que l'électricité statique. Depuis vingt-cinq ans, plusieurs auteurs ont cité, après Donkin, des faits où, contrairement aux idées reçues, le lait ou le sucre de lait administrés à des diabétiques, loin d'augmenter la glycosurie, l'avaient notablement diminuée. Mais ces cas furent considérés comme exceptionnels, explicables par des idiosyncrasies spéciales et le régime lacté resta exclu de la thérapeutique du diabète. Les observations que j'ai eu l'occasion de faire depuis cinq ou six ans m'ont prouvé que l'utilité du régime lacté est plus étendue qu'on ne le croit. Il est possible que le lait ajouté à la ration habituelle d'un diabétique augmente le sucre; mais il en est tout autrement pour le régime lacté exclusif. Continué pendant quelque temps, ce régime atténue le diabète dans des proportions surprenantes et cela, chez la majorité des malades. Ainsi, on peut voir disparaître complètement en quinze jours des glycosuries de plus de 100 grammes par jour. Récemment, chez une femme diabétique, âgée de 65 ans, qui présentait de l'amaigrissement progressif et un coefficient azoturique de 91, il y avait, par jour, 253 grammes de sucre. Après quinze jours de régime lacté absolu (3 litres), le sucre était tombé à 16 grammes. La malade ayant repris son régime primitif, sans autre prohibition que celle des boissons fermentées, le sucre, en trois semaines, ne remonta qu'à 90 grammes. Les faits de ce genre autorisent à croire qu'il serait rationnel et, en tout cas inoffensif, de commencer tout traitement de diabète par l'essai du lait. La marche la meilleure, est de fractionner le régime lacté en périodes de quinze jours, alternant avec des périodes égales du régime mixte ordinaire. Ainsi alterné, l'usage exclusif du lait ne peut ni rebuter, ni débiliter le malade, reproche que l'on pourrait plutôt faire à la limitation indéfiniment prolongée des hydrates de carbone. J'insiste sur la signification de cette efficacité du régime lacté qui est inconciliable avec les idées reçues. Il en ressort évidemment que, dans le traitement du diabète, la limitation des hydrates de carbone ne peut être de première importance, son caractère est absolument palliatif. Au point de vue du régime, on peut envisager dans le diabète deux degrés ou périodes. Dans la première où la maladie est peu avancée, la glycosurie provient principalement de l'insuffisance absolue ou relative de la transformation du glucose dans les tissus. A cette période, la limitation des hydrates de carbone dans la région peut suffire à titre de palliatif temporaire. Dans la seconde période, la glycosurie est plus abondante et on a surtout affaire à l'exagération de la glycogénie hépatique. C'est celle-ci qu'il s'agit, avant tout, de modérer, et c'est ce que peut seul faire le régime lacté.

Je ne veux pas, à ce sujet, discuter à fond la pathogénie du diabète, mais étant donné les effets du régime lacté, sur les fermentations intestinales je dois supposer que la cause première de la glycosurie ou de l'hyperglycogénie hépatique réside dans l'intestin et consiste dans une anomalie de la digestion. D'autre part, si on admet une auto-intoxication comme phénomène initial, il reste à savoir sur quel organe, sur quel centre nerveux agit le poison d'origine intestinale. En réponse à cette question, je citerai une de mes malades dont la glycosurie très forte, avait cédé au régime lacté. Cette femme, d'apparence arthritique et ayant dépassé la ménopause, avait présenté successivement une paralysie faciale périphérique, une paralysie de la troisième paire, des troubles de la déglutition et enfin avec la glycosurie, un eczéma généralisé. Comme les symptômes bulbaires ont disparu depuis six ans sans laisser de traces, on ne peut guère les attribuer à une lésion organique. Quelle que soit la portée de ces vues théoriques, le fait de l'action antidiabétique du régime lacté subsiste et ne doit pas être perdu pour la pratique.

Je conclus que, dans le diabète arthritique, il y a très souvent avantage à prescrire, avant tout autre traitement, le régime lacté alterné. Si comme cela se voit habituellement, le coefficient azoturique est inférieur à la moyenne, l'emploi simultané de l'électricité statique est indiqué.

(1) Communication à la séance du 10 avril de l'Académie de Médecine.

Honoraire de Masseur. — A la suite de l'accident de Péage du Roussillon, le Pr Poncet (de Lyon) fit pratiquer des massages à une quinzaine de blessés. La troisième chambre, un tribunal civil de Lyon, a réduit de 24.000 francs à 12.170 les honoraires réclamés par M. Ponteu, directeur du Gymnase médical de Lyon, à la Compagnie Paris-Lyon-Méditerranée.

VARIA

Anniversaire de M. le Pr A. Lépine.

On vient de fêter à Lyon, le vingt-cinquième anniversaire de l'entrée dans l'enseignement du Pr Lépine. Le samedi, 7 avril, un grand nombre des élèves et des amis du savant professeur lyonnais, lui ont remis, par l'intermédiaire du Dr Chauvet, son ancien chef de clinique, une plaquette gravée par Roty,

Rappelons que le Dr Lépine, né à Lyon en 1840, fut successivement interne des hôpitaux à Lyon et à Paris, puis chef de clinique en 1872, médecin des hôpitaux en 1874, et professeur agrégé en 1875, toujours à Paris. Lors de la fondation de la Faculté de Lyon en 1897, il consentit à devenir professeur de clinique médicale de la nouvelle Ecole lyonnaise, dont il est aujourd'hui, un des chefs les plus distingués.

Salle d'opération du service de clinique chirurgicale de l'hôpital de la Pitié.

Dans sa séance du 11 avril, le Conseil municipal de Paris, a décidé la construction, à l'hôpital de la Pitié, d'une salle d'opérations pour M. le Pr Terrier. Voici le compte rendu de cette délibération :

« M. Henry ROUSSELLE, au nom de la cinquième Commission. — Messieurs, nous vous proposons d'émettre un avis favorable à la construction, à l'hôpital de la Pitié, d'une salle d'opérations pour M. le Pr Terrier, et d'adopter, en conséquence, le projet de délibération suivant :

« Le Conseil : Vu le mémoire par lequel M. le Préfet de la Seine lui soumet, pour avis, une demande de M. le directeur de l'Assistance publique tendant à l'approbation d'un projet de travaux concernant la construction, à l'hôpital de la Pitié, d'une salle d'opérations pour M. le Pr Terrier; vu les plans et devis de l'architecte; vu l'avis émis par le Conseil de surveillance dans sa séance du 5 avril 1900.

« Est d'avis qu'il y a lieu : 1° D'approuver le projet susvisé; 2° de confier l'exécution des travaux aux entrepreneurs adjudicataires de l'entretien, à l'exception toutefois des travaux d'opalide et de la fourniture des appareils spéciaux, qui feront l'objet de marchés amiables; 3° d'imputer la dépense, évaluée après rabais à 28.170 fr. 10, sur le reliquat de la subvention allouée à l'administration de l'Assistance publique sur les fonds de l'emprunt de 1886. Ces conclusions sont adoptées. ». (*Bull. municip. offic.*)

Les Épidémies.

La peste.

En Australie, deux nouveaux cas de peste ont été constatés le 16 avril, un à Sydney et l'autre à Brisbane, sur un navire venant de Sydney. L'épidémie diminue à l'Ile-Maurice depuis le 5 avril, on n'aurait constaté ni cas nouveau, ni décès. Dans les Indes anglaises, le fléau sévit toujours avec violence, augmenté par la famine. Une légère amélioration serait constatée à Cawnpore.

Toute quarantaine a été définitivement supprimée pour les provenances d'Oporto et du Portugal.

Le *Montevideo*, de la Compagnie Transatlantique, est arrivé ici venant de Manille. En cours de route, de nombreux cas de peste se seraient manifestés; l'aumônier, un médecin et un passager seraient morts pendant la traversée. Le navire mis en quarantaine, a été envoyé au lazaret de Mahon.

Les méfaits du tabac.

La Société contre l'abus du tabac a trouvé un allié puissant dans le Négus Ménélick qui a interdit de fumer, priser et chiquer dans toute l'étendue de l'empire éthiopien. Cependant il est douteux que l'empereur abyssin ait pu se rendre compte des méfaits du tabac que M. Max Breitung exposait naguère dans la *Deutsche medical Zeitung*. Si les cigares doux ne sont guère dangereux, il n'en est pas de même des cigares forts de la Havane ou de la Virginie qui déterminent des troubles angineux du cœur. La cigarette n'est dangereuse que lorsqu'on en fume régulièrement 20 ou 30 par jour, mais elle l'est beaucoup si on avale la fumée et les troubles cardiaques cèdent la place à la bronchite chronique. Le système nerveux et les organes des gens peuvent être affectés, l'amblyopie, l'amnésie, l'anaphrodisie ne sont pas très rares chez les grands fumeurs. Le tabac prisé, altère l'odorat. le goût et l'ouïe déterminant du catarrhe nasal et des trompes d'Eustache. La chique serait une cause pathogène des maladies mentales. Néanmoins, M. Max Breitung, qui est un esprit pondéré, avoue que la plupart des méfaits que les antitabagistes attribuent à la plante de Nicot, relèvent de l'alcool que les fumeurs consomment largement. J. N.

Sujets de thèses au XVIIe siècle.

Il a paru récemment, à quelques semaines d'intervalle, deux volumes intéressants du Dr Fauvel et de M. Le Maguet sur la « médecine » au temps de Louis XIV. Dans ces ouvrages, qui sont des thèses de doctorat, les auteurs ont étudié de façon très scientifique les doctrines médicales en honneur au grand siècle; mais on peut y trouver aussi de divertissantes anecdotes et des détails curieux. M. Funck-Brentano s'est amusé, par exemple, à y relever quelques sujets de thèses proposées par les docteurs contemporains de Molière aux apprentis médecins. A l'un d'eux, on demande « *An mulieri quam viro Venus aptior* »; un second doit décider « si les jolies femmes sont plus fécondes que les autres »; un troisième, « *An in morbis aquæ vel vini potus salubris* »; un autre encore, « si les Parisiens sont plus sujets à la toux quand le vent souffle du Nord ». Mais voici probablement le plus singulier sujet qui ait jamais été soumis à la perspicacité d'un étudiant en médecine : « La cure de Tobie par le fiel du poisson était-elle miraculeuse ou naturelle? » (*Débats*).

Le pansement au crottin de cheval.

M. le Dr Paterne a publié il y a quelque temps, dans l'*Anjou médical*, une observation relative à une plaie anfractueuse pansée avec du crottin de cheval et non suivie de tétanos. M. le Dr G. Martin publie dans ce même journal un fait tout à fait analogue. Il s'agit d'une plaie du dos du pied faite par une balle et qui fut tout d'abord également pansée avec du crottin de cheval, sans doute pour arrêter l'hémorragie. La plaie fut soigneusement désinfectée et la guérison se produisit rapidement.

Bien loin de moi, dit en terminant M. G. Martin, la pensée de mettre en doute l'origine équine du tétanos, mais, je dirai, moi aussi, en finissant, qu'il y a des choses qui déconcertent. (*Journ. de Méd. et de Chir. prat.*)

NÉCROLOGIE

M. le Pr GRUBER.

Le Pr GRUBER (Joseph) était né à Kossoloup, en Bohême, le 4 août 1827.

Ce fut pendant qu'il était attaché à la clinique du Pr Sigmund, à l'hôpital général de Vienne, qu'il commença l'étude de l'otologie. En 1860, on lui permit de faire une consultation pour les maladies de l'oreille, dans un local si exigu, qu'un conseiller à la cour, étant venu visiter l'hôpital, jugea nécessaire de lui donner une pièce plus grande, vu le nombre des malades qui affluait à cette nouvelle consultation. Toutefois, ce ne fut qu'en 1873, époque à laquelle le Pr Türck abandonne la consultation des maladies d'oreilles qu'il avait établie dans son service, à son retour à Vienne, après avoir étudié l'otologie auprès de notre compatriote Deleau, que Gruber fut appelé à la chaire otiatrique, créée pour lui et son rival Politzer. Telle fut l'origine de cette école de Vienne qui, on peut le dire, grace à ces deux éminents maitres, a répandu son éclat sur le monde entier.

A la consultation de Gruber, nommé ainsi professeur extraordinaire, était adjoint un service hospitalier de onze lits d'hommes. Au Pr Politzer était échu le service des femmes.

Le Pr Gruber ne fut nommé professeur ordinaire qu'en 1889. Le 16 octobre 1897 fut célébré un jubilé en l'honneur des soixante-dix ans de celui qui, depuis plus de trente-cinq ans, consacrait une partie de son temps à l'éducation scientifique

de ses jeunes confrères. Gruber, très versé en anatomie pathologique, avait hérité de la collection des pièces de Rokitansky dont il avait notablement augmenté le nombre. Il s'est également occupé de la thérapeutique des maladies de l'oreille et a été un des premiers à entrevoir l'heureuse influence des opérations chirurgicales sur la cure de l'otorrhée. En outre, il a donné un salutaire exemple à bon nombre d'otologistes qui, moins hardis que lui, n'ont pas craint de retarder les progrès de notre spécialité en s'opposant à toute intervention opératoire, même à une simple ponction du tympan. Gruber a écrit un nombre considérable d'ouvrages, on trouvera la liste des principaux ci-dessous.

Il fonda le *Monatschrift fur Ohrenheilkunde*, en 1867 avec les Drs Voltolini, Rudinger et Weber ; il resta chargé jusqu'à ce jour de la partie otologique.

Homme modeste et savant conscencieux, il était très aimé de ceux qui l'approchaient de près.

Tout le monde a connu la rivalité des deux professeurs de l'Ecole de Vienne, la critique de leurs traits ne peut nous en donner qu'une faible idée. Cependant, cette querelle s'éteignit lors de la fondation de la Société otologique de Vienne dont Gruber fut le premier président, et le Pr Politzer réclama lui-même l'honneur d'être le porte-parole, comme vétéran de l'Ecole viennoise, pour féliciter son collègue au nom de ses élèves et de ses amis. F. BARATOUX.

Voici les principaux travaux de M. Gruber :

1862. Zur pathologie und the Therapie des Katarrhs in mittlern Gehororgane. — 1867. Beitrage zur Anatomie des Schlafenbeins in ihrer Anwendung auf die praktische Ohrenheilkunde. — 1867. Anatomischer physiologisch Studien uber das Trommelfell und die Gehörknöchechen. — 1869. Ueber den ferneren Bandes Ringwulstes am Trommelfell. — 1870. Lehrbuch der Ohrenheilkunde. 2e Auf 1888. — 1871. Bertrag zur Lehre von der Paracentese de Trommelhöhle. — 1872. Ueber Durchsneidung der Shne des Trommelfellspanners am Lebenden. — 1873. Die mehrfache Durchschneidung des Trommelfells als Heilmittel gegen primäre oder mit Trubengen einhergehende, übermassige spanming desselben. — 1874. Ueber die Walh der Ernstisstelle am Trommelfelle bei der Durchs chneidung des Trommelfellspanners. — 1875. Die Blaschenflechs am Ohre. — 1876. Eine Seltene Anomalie in der Nahe des Framen jugulare. — 1877. Beitrag zur Entwockelungsgeschichte des Steigbugelgund ovalen Fensters. — 1878. Beitrag zur Entwicklungsgeschichte des Steigbugels und des ovalen Fensters. — 1881. Ueber Durchs chneidung der hinteren Trommelfalte zu Heibzwecken. — 1883. Beitrag zur Casuistik der Durchscheidung des Trommelfellspanners. — 1891. Die spathnaht nach der kunztlichen Eröffnung (Trepanation) des Warzenfortsatzes. — 1891. Zur Behandlung der chronischen Eitrigen Mittelohrentzündung mit Durchlocherung der Shrapnell'schen Membran. — 1892. Keloid am Ohrlappehen. — 1898 Zufallige Entfernung des Steigbugels mit Besserung des Horvermogens. — 1898. Vorstellung eines krankenbei welchein nach der Radicaloperation und Abstossung eines sequesters der Canalis caroticus auf eine grosse Ausdshnung eroffnet, ist die carotis interna freiliegt und wegen drohender tadtlicher Blutung die carotis communis prophylactisch unterbunden Wurde. — 1898. Demonstrations eines Falles von gelunge nem operativen Verschluss ciner retroauricularen grossen Knochenlucke. — 1898. Zufallige Entfernung des steigbugels mit Besserung des Horvermogens.

M. le Pr PLANCHON, directeur de l'Ecole de pharmacie.

M. le Pr PLANCHON, directeur de l'Ecole de pharmacie, membre de l'Académie de médecine, est mort le 17 avril à Montpellier d'une crise d'angine de poitrine.

François-Gustave Planchon, né à Ganges (Hérault), le 28 octobre 1833, professeur de matière médicale à l'Ecole supérieure de pharmacie, il était élu membre de l'Académie de médecine en 1877. Il devenait en 1886 directeur de l'Ecole de pharmacie et nous signalons parmi ses travaux une étude des tufs de Montpellier » (1864) ; « Des modifications de la flore de Montpellier depuis le XVIe siècle » (1865); « Traité pratique de la détermination des drogues simples d'origine végétale » (1874-1875), etc.

M. le Pr Planchon était le frère du célèbre botaniste Emile Planchon et l'oncle de M. Planchon, professeur à l'Ecole de pharmacie de Montpellier.

FORMULES

XXII. — Pour faciliter l'absorption de l'huile de foie de morue.

Huile de foie de morue. . .	100 grammes.
Saccharine	0 gr. 40 centigr.
Ether acétique.	2 grammes.
Essence de menthe	V gouttes.
	(Essenschitz).

Huile de foie de morue.	240 grammes.
Peptone de bœuf.	160 —
Sucre.	60 —
Essence de Wintergreen. . . .	XXV gouttes.
Alcool	30 grammes.
Eau	Q. S. p. 480 gr.
	(Comby).

Huile de foie de morue. . .	150 grammes.
Hypophosphite de chaux. .	3 —
— de soude. .	1 gr. 50 centigr.
Glycérine.	70 grammes.
Essence de menthe. . . .	V gouttes.
Gomme arabique.	50 grammes.
Eau distillée.	Q. S.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 8 avril au samedi 14 avril 1900, les naissances ont été au nombre de 1217 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 452, illégitimes, 186. Total, 638. — *Sexe féminin* : légitimes, 414, illégitimes, 165. Total, 579.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1896 : 2 511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 8 avril au samedi 14 avril 1900, les décès ont été au nombre de 1175, savoir : 604 hommes et 571 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 13, F. 10. T. 23. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole: M. 14, F. 14, T. 28. — Scarlatine : M. 2, F. 0, T. 2. — Coqueluche : M. 2, F. 4, T. 6. — Diphtérie. Croup : M. 7, F. 3, T. 10. — Grippe : M. 5, F. 10, T. 15. — Phtisie pulmonaire : M. 120, F. 104, T. 224. — Méningite tuberculeuse : M. 11, F. 8, T. 19. — Autres tuberculoses : M. 16, F. 9, T. 25. — Tumeurs cancéreuses : M. 12, F. 34, T. 46. — Tumeurs autres : M. 1, F. 12, T. 13. — Méningite simple : M. 13, F. 20, T. 33. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 17, F. 29, T. 46. — Paralysie, M. 3. F. 6, T. 9. — Ramollissement cérébral : M. 5, F. 5, T. 10. — Maladies organiques du cœur : M. 31, F. 35, T. 66. — Bronchite aiguë : M. 8, F. 7, T. 15. — Bronchite chronique : M. 18, F. 19, T. 37. — Broncho-pneumonie : M. 37, F. 30, T. 67. — Pneumonie : M. 39, F. 28, T. 67. — Autres affections de l'appareil respiratoire: M. 37, F. 17, T. 54. — Gastro-entérite, biberon : M. 16, F. 7, T. 23. — Gastro-entérite, sein : M. 2, F. 2, T. 4. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 4, F. 2, T. 6. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 1, T. 1. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale : M. 12, F. 8, T. 20. — Sénilité : M. 8, F. 41, T. 49. — Suicides : M. 13, F. 8, T. 21. — Autres morts violentes : M. 11, F. 3, T. 14. — Autres causes de mort: M. 113, F. 89, T. 202. — Causes restées inconnues : M. 14, F. 3, T. 17.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 60, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 19, illégitimes, 10. Total : 29. — *Sexe féminin* : légitimes, 16, illégitimes, 15. Total : 31.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. Courmont, agrégé près la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Lyon, est nommé professeur d'hygiène à cette Faculté.

CONCOURS POUR UN EMPLOI DE RÉPÉTITEUR A L'ECOLE DU SERVICE DE SANTÉ. — Un concours s'ouvrira le 24 juillet 1900, à l'Ecole d'application du service de santé militaire, pour un emploi de répétiteur à l'école du service de santé se rapportant aux parties de l'enseignement ci-après indiquées : Médecine opératoire et accouchement. Les médecins-majors de 2e classe qui désireront concourir pour cet emploi, adresseront au Ministre de la Guerre (7e direction, 1er bureau), avant le 1er juillet prochain, terme de rigueur, une demande régulière, qui devra être appuyée de l'avis motivé de leurs divers chefs et transmis par la voie hiérarchique.

École supérieure de Pharmacie de Paris. — M. Moissan est nommé professeur de chimie minérale en remplacement de M. Riche qui prend sa retraite. M. Henri Gautier remplace M. Riche à la chaire de toxicologie.

Hospices civils de Marseille. — *Concours pour une place de chirurgien adjoint.* — Le lundi, 16 juillet 1900, à 3 heures, un concours public sera ouvert à l'Hôtel-Dieu pour une place de chirurgien adjoint des hôpitaux. Ce concours aura lieu devant la commission administrative assistée d'un jury médical. Au jour fixé pour l'ouverture du concours, les candidats devront avoir deux années de pratique comme docteurs de l'une des Facultés de France, être âgés de 27 ans au moins, de nationalité française, ou en mesure de justifier de leur naturalisation. Les anciens internes des hôpitaux de Marseille, âgés de 26 ans au moins, seront admis à concourir. Les deux années de pratique comme docteur ne seront pas exigées des anciens élèves internes dans les hôpitaux des villes où siège une Faculté, ni des élèves internes des hôpitaux de Marseille ; ils pourront, en conséquence, concourir dès qu'ils seront munis de leur diplôme de docteur.

Epreuves du concours : 1° question d'anatomie. Question de physiologie. Ces deux questions seront traitées oralement après une préparation à huis-clos et sans livres, qui sera déterminé par le jury. — 2° Question de pathologie chirurgicale. Les concurrents auront cinq heures pour traiter cette question par écrit, à huis-clos et sans livres. — 3° Examen clinique de trois malades, atteints d'affections chirurgicales, choisis parmi ceux entrés dans les hôpitaux à partir du jour où l'accès des salles aura été interdit aux candidats. L'examen des trois malades ne durera pas plus de trois quarts d'heure. Après l'interrogatoire, les concurrents donneront leur avis développé sur le diagnostic, le pronostic et les indications thérapeutiques ressortissant à deux de ces malades. Le compte rendu du troisième malade formera le sujet d'une consultation écrite pour la composition de laquelle il sera accordé une heure. — 4° Deux opérations de grande chirurgie à pratiquer sur le cadavre. Les candidats auront vingt minutes pour ces deux opérations. — A la fin du concours, la commission administrative délibérera sur le rapport du jury d'examen et procédera, s'il y a lieu, à la nomination d'un chirurgien-adjoint. Les chirurgiens-adjoints forment, avec les médecins-adjoints, le premier degré du corps médical des hôpitaux. Ils doivent assurer le service des consultations gratuites. De plus, ils sont appelés, en cas d'absence ou de congé, à remplir les fonctions de chirurgiens chefs de service, auxquels ils succèdent suivant les conditions du règlement. Les candidats prendront connaissance des divers règlements dans le bureau du Secrétariat général à l'Hôtel-Dieu. Ils signeront l'engagement d'en observer toutes les dispositions ainsi que toutes celles que la Commission administrative pourra prendre plus tard. Les candidats devront se faire inscrire au Secrétariat de la Commission administrative, huit jours au moins avant l'ouverture du concours. Ils auront à produire : 1° leur acte de naissance; 2° leur diplôme de docteur ; 3° s'ils ne sont pas domiciliés à Marseille, un certificat de moralité, récemment délivré par le maire de leur résidence; 4° les internes des villes où siègent des Facultés devront, en outre, déposer un certificat de bonne conduite délivré par les directeurs des différents hôpitaux où ils auront fait leur service interne; 5° les candidats pourront déposer leurs titres scientifiques, manuscrits, imprimés, etc., et s'il y a lieu, une note de leurs services. Ces documents seront soumis au jury.

Affaire de l'asile de Vanves. — La chambre des appels correctionnels vient de réduire de un an de prison à deux mois la peine d'emprisonnement, prononcée par le tribunal correctionnel contre Kerrien, l'ex-franciscain, directeur de l'asile de vieillards de Vanves, poursuivi pour complicité de violences et voies de faits sur des pensionnaires de l'établissement. (*Le Temps* du 6 avril 1900.)

Hôpital Bégin. — Le Ministre de la Guerre a décidé que l'hôpital militaire de Vincennes prendrait désormais le nom d'hôpital Bégin.

Congrès de la Tuberculose a Naples. — Ce Congrès aura lieu du 25 au 28 avril, sous la présidence de M. le Dr Baccelli, membre de l'instruction publique. MM. les Prs Lannelongue et Landouzy y représenteront la Faculté de Paris.

Un Suicide a l'Hôpital Saint-Martin. — Un jeune soldat s'est suicidé la nuit dernière à l'hôpital militaire de Saint-Martin. Au milieu de la nuit, l'infirmier de garde vit ce soldat, qui était en traitement pour une rougeole assez bénigne, se lever brusquement et se diriger vers une des fenêtres de la salle; il s'avança aussitôt pour lui barrer le passage; mais le malade lui sauta à la gorge, le terrassa et, ouvrant une fenêtre, se précipita dans le vide. Il s'est brisé le crâne. (Le *Temps* du 12 avril 1900).

Nomination. — Le Dr Jouin est nommé médecin adjoint du ministère des finances.

Service de santé de la marine. — M. le médecin de 1re classe Legrand, du cadre de Rochefort, a été détaché provisoirement en mission à Paris. — M. le médecin de 2e classe Buisine, du cadre de Cherbourg, est désigné pour embarquer sur le *Kersaint* (station locale de l'Annam et du Tonkin). M. le Dr Buisine rejoindra sa destination par le vapeur affrété partant de Marseille le 1er mai 1900.

Auvergne médicale. — Samedi 28 avril, à 7 h. 1/2, au restaurant Marguery, aura lieu le dîner annuel des médecins de l'Auvergne à Paris, sous la présidence de M. le Dr Devins, député de Brioude (Haute-Loire).

Nécrologie. — Nous apprenons la mort de M. le Dr Bidault (d'Evreux), ex-interne des hôpitaux de Paris, qu'une longue infirmité retenait depuis longtemps chez lui, éloigné de l'accomplissement de ses devoirs professionnels auxquels il s'était attaché pendant toute sa longue carrière avec tant de dévouement. — M. Alfred Vidard et M. le Dr Vidart ont la douleur d'annoncer à leurs amis et connaissances la perte cruelle qu'ils ont faite en la personne de Mme Paul Vidart leur mère, décédée à Divonne-les-Bains, le 6 avril 1900, à l'âge de soixante-seize ans. (*Le Temps*, du 16 avril 1900).

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital de la Pitié. — M. le Dr Babinsky reprendra ses conférences cliniques sur les *Maladies du système nerveux*, le samedi 28 avril, et les continuera les samedis suivants.

Hôpital Saint-Louis. — Le Dr Du Castel, conférences cliniques le samedi à 1 h. 1/2. A 1 h. 1/2 consultation externe. A 2 h. 1/2 conférence clinique dans la salle des conférences.

Leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques. — M. Hallopeau, salle des conférences, le dimanche, à 9 heures et demie du matin.

Hospice de la Salpêtrière. — *Cours de clinique des maladies du système nerveux.* — M. le Pr Raymond : vendredis et mardis, à 10 heures.

Clinique Tarnier. — *Clinique d'accouchement et de gynécologie.* — M. le Pr Budin : mardi et samedi, à 9 heures. — *Ordre du cours* : mardi et samedi, leçons à l'Amphithéâtre ; visite des malades tous les matins, à 9 heures. — Dirigeront les exercices pratiques : M. le Dr Schwaab, chef de clinique ; MM. les Drs Dubrisay et Chavanne, anciens chefs de clinique ; MM. Galippe, Nicloux, Macé et Bouchacourt, attachés aux laboratoires ; MM. les Drs Perret, Planchon, Thoyer-Rozat, Chéron et Glaize, moniteurs.

Hôpital Saint-Antoine. — *Clinique des affections du système nerveux.* — M. Gilbert Ballet, leçons cliniques sur les affections du système nerveux et la pathologie mentale, (Amphithéâtre de la clinique de la Faculté), le dimanche, à 10 heures.

Hospice de Bicêtre. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. Bourneville, samedi à 9 h. 1/2. Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée); présentation de cas cliniques, etc. — *Service de* M. le Dr P. Marie. Le service de l'infirmerie de Bicêtre comprend un grand nombre de malades atteints d'affections chroniques et particulièrement d'affections du système nerveux. Ce service est ouvert aux étudiants et le samedi a lieu, à 9 h. 1/2, une visite générale au cours de laquelle le Dr Pierre Marie présente les malades les plus intéressants.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Paris. — Imp. Goupy, G. Maurin, Succr, rue de Rennes, 71.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

Recherches sur la valeur séméiologique des réflexes des orteils (*phénomène des orteils de Babinski et réflexe antagoniste de Schäfer*) (1) ;

Par **H. VERGER** et **J. ABADIE** (de Bordeaux).

Dans une note communiquée à la Société de Biologie de Paris, le 22 février 1896, M. Babinski décrivait sous le nom de *phénomène des orteils* le fait suivant : chez les hémiplégiques, par lésion organique, l'excitation de la plante du pied, du côté paralysé, est suivie d'un mouvement d'extension des orteils, alors que la même manœuvre du côté sain produit la flexion des orteils. Ce phénomène serait, d'une façon plus générale, sous la dépendance d'une perturbation dans le fonctionnement du système pyramidal, consécutive à une lésion soit cérébrale, soit spinale. Sa recherche aurait, par suite, une grande importance et pourrait servir par suite au diagnostic des paralysies organiques et fonctionnelles. Il est revenu sur ce sujet dans diverses publications : Congrès de neurologie de Bruxelles, septembre 1897, Société de Biologie de Paris, séance du 25 juin 1898, et enfin dans une leçon clinique faite à l'hôpital de la Pitié (2). Partout il n'a fait que développer, en les maintenant intégralement, ses conclusions premières. Van Gehuchten (3) a trouvé le phénomène des orteils, chez six hémiplégiques organiques et d'autre part, chez trente personnes prises au hasard, il a obtenu vingt-cinq fois un mouvement de flexion des orteils d'intensité variable et il conclut « le phénomène des orteils semble vouloir se produire dans tous les états pathologiques du névraxe caractérisés par une exagération considérable de tous les réflexes des membres inférieurs. Nous croyons qu'il doit prendre place à coté du phénomène du pied (clonus du pied) dont il partage complètement la valeur séméiologique. » De semblables recherches furent faites à la suite par Létienne et Mircouche (4), par Buzzard (1), par Boëri (2), etc., etc. et enfin par Cestan et Le Sourd (3), qui, après avoir établi une statistique portant sur 300 malades, insistent sur la très grande importance à accorder au signe de Babinski. Ces derniers auteurs, en effet, disent, entre autres conclusions : « Dans l'hémiplégie organique, le signe de Babinski est extrêmement fréquent et permet de la différencier de l'hémiplégie hystérique. Dans certaines affections médullaires (tabes, maladie de Friedreich, etc.), le phénomène des orteils est le seul signe qui permette de déceler l'existence d'une lésion du système pyramidal. » Et, plus haut, ils avaient dit (4) : « Le signe de Babinski nous apparaît donc tout à la fois comme plus fidèle et plus délicat que la trépidation spinale, pour révéler dans les paraplégies chroniques une altération du faisceau pyramidal. » D'autres auteurs, tout en reconnaissant cependant le bien fondé des observations de Babinski, considèrent le phénomène des orteils comme moins important que ne l'indiquent les conclusions précédentes. M. Glorieux (5), conclut de l'examen de 60 malades dont 10 porteurs de lésions médullaires ou cérébrales intéressant le faisceau pyramidal que « dans tous les cas où l'on trouve le phénomène de Babinski, il existe une lésion matérielle, confirmée par d'autres symptômes cliniques, de la voie pyramidale, soit dans sa partie encéphalique, soit dans sa partie spinale ». Il ajoute cependant que l'absence du phénomène des orteils n'implique nullement l'intégrité de la voie pyramidale et constitue seulement une présomption en faveur de cette intégrité. Mais si maintenant nous passons au détail de ses observations, sur ces 10 malades, atteints tous d'affections de la moelle ou de l'encéphale, il en est six seulement qui présentent le phénomène des orteils. Chez les quatre autres, au contraire, l'excitation de la plante du pied provoque la flexion comme à l'état normal : dans ce nombre, il y a trois hémiplégies spasmo-

(1) Communication faite à la Société d'anatomie de Bordeaux dans la séance du 5 mars 1900. (Travail de la clinique de M. le Pr Pitres).
(2) *Semaine médicale*, 1898, p. 321.
(3) *Journal de Neurologie de Bruxelles*, 5 avril 1898.
(4) Létienne et Mircouche. — *Archives gén. de médecine*, 1899, n° 2, p. 191.

(1) Buzzard. — *Brit. méd. Journal*, 1899, n° 2.001, p. 1.077.
(2) Boëri. — *Riforma medica*, 1899, nos 146, 147, 148, année XV.
(3) Cestan et Le Sourd. — *Gazette des hopitaux*, 1899, 23 novembre.
(4) Cestan et le Sourd. — *Loc. cit.*, p. 1251.
(5) Société belge de neurologie, séance du 29 octobre 1898, *in Journal de Neurologie*, Bruxelles, 5 déc. 1898, p. 482.

diques et une paraplégie par luxation de la colonne vertébrale, toutes affections dans lesquelles le faisceau pyramidal est sûrement lésé. Il est à noter encore que dans les cas où le phénomène est positif, il s'agit d'hémiplégies spastiques de l'enfance, de diplégies cérébrales avec athétose, de maladie de Little et dans un cas seulement de monoplégie crurale gauche chez un adulte.

Cohn (1) et Schuler (2) prétendent à leur tour que, dans la manœuvre de Babinski, la flexion des orteils est la règle, mais aussi que chez un adulte normal, on peut provoquer par la même manœuvre soit de la flexion, soit de l'extension, soit même n'obtenir aucun résultat. Guidiceandrea (3) aurait également observé l'extension des orteils chez des individus sains, et des hystériques. Enfin Fauché (4), ayant examiné 9 malades atteints de paralysies organiques, 3 malades atteints de paralysies hystériques et 30 sujets normaux a constaté que le signe de Babinski pouvait manquer dans les paralysies organiques (2 fois sur 9), qu'on pouvait le constater chez des sujets normaux, d'un seul ou des deux côtés, (3 fois sur 30) et enfin, s'il faut l'en croire, il aurait trouvé le signe de Babinski, dans un cas de paraplégie hystérique. Mais ce dernier diagnostic nous paraît suspect, si l'on s'en rapporte aux détails même de l'observation, car le malade présentait une exagération des réflexes rotuliens avec de la trépanation épileptoïde de la rotule, et du pied d'un côté. Quoi qu'il en soit et toutes réserves faites sur ce dernier point, les observations de Fauché enlèvent au signe de Babinski, une certaine partie de sa valeur.

Dans le numéro du 15 novembre 1899, du *Neurologisches Centralblatt*, M. Schäfer (de Berlin) décrivait un nouveau phénomène réflexe auquel il attribuait une valeur séméiologique importante, pour le diagnostic des lésions cérébrales. Il rappelait tout d'abord que la compression énergique du tendon d'Achille, au niveau de son tiers moyen ou supérieur, entre le pouce d'un côté, l'index et le médius de l'autre, produit chez les sujets sains, d'une part une sensation douloureuse *sui generis* et d'autre une flexion du pied et du gros orteil, quelquefois même cette flexion s'étend à tous les orteils. En examinant cinq malades, dont quatre étaient atteints d'apoplexie cérébrale avec hémiplégie et dont le cinquième était porteur d'une tumeur cérébrale avec hémiparésie gauche, cet auteur aurait constaté que le pincement du tendon d'Achille du côté paralysé, produisait l'effet inverse de l'effet ordinaire, c'est-à-dire une forte extension des orteils. Il propose de donner à ce phénomène le nom de *réflexe antagoniste*, par opposition aux autres réflexes tendineux, celui-ci se produisant dans les muscles antagonistes de ceux dont on excite le tendon. L'existence de ce réflexe antagoniste, serait lié à la présence d'une lésion cérébrale, et sa recherche pourrait par conséquent servir au diagnostic topographique, dans les cas ou l'hémiplégie n'est pas apparente par suite du coma. D'autre part, dans la séance du 11 janvier 1900 de la *Société de Neurologie de Paris*, M. Babinski, après avoir rappelé ce qui précède, affirmait l'identité de ce prétendu réflexe antagoniste et du phénomène des orteils, décrit pour la première fois par lui dans sa communication à la Société de Biologie en 1896. Le mouvement des orteils serait provoqué ici, non pas par le pincement du tendon lui-même, mais bien par l'excitation de la peau à son niveau. « En effet, dit-il, chez plusieurs hémiplégiques, en pratiquant la manœuvre de Schäfer, j'ai obtenu comme lui, la flexion du pied et l'extension des orteils. Puis je me suis contenté de pincer exclusivement la peau dans le voisinage du tendon d'Achille, ou encore dans d'autres parties du membre inférieur et j'ai constaté le même mouvement réflexe. »

Depuis les premières publications de Babinski sur le phénomène des orteils, sa recherche a été soigneusement pratiquée, dans le service de notre maître, M. le Pr Pitres. Nous avons vite été frappés des difficultés qu'on rencontre dans cet examen. Babinski (1), lui-même, avait fait remarquer que dans certains cas l'excitation de la partie externe de la plante du pied provoque une extension, et celle de la partie interne de la flexion, que dans d'autres, le phénomène se manifestait pour un même point d'excitation tantôt par de la flexion, tantôt par de l'extension. Nous avons, à notre tour, fait les mêmes remarques; nous avons même constaté que la difficulté de l'examen était plus grande, et les irrégularités plus nombreuses qu'on pourrait le croire d'après la lecture des travaux antérieurs. La nouvelle publication de Schäfer et la réponse de Babinski nous ont déterminé à étudier, de plus près, la valeur respective des réflexes des orteils ainsi décrits, et à rechercher leurs rapports possibles.

Les réflexes des orteils a l'état normal. — L'étude de ces phénomènes, à l'état pathologique, devait nécessairement se baser sur leur connaissance approfondie dans l'état normal. A cet effet, nous avons examiné un certain nombre de sujets atteints d'affections banales, n'intéressant pas le système nerveux, en relevant chez chacun d'eux les résultats :

1° Du pincement du tendon d'Achille, suivant la manœuvre de Schäfer ; 2° de l'excitation par le frottement d'une pointe dure et mousse de la peau de la voûte plantaire, en cherchant chaque fois le point où l'effet était maximum ; 3° de l'excitation par le même procédé de la peau du talon antérieur sur une ligne parallèle aux plis métatarso-phalangiens.

1° Pincement du tendon d'Achille. — Pour produire une réaction motrice des orteils, le pincement du tendon d'Achille doit être énergique et soutenu. La manœuvre est alors toujours douloureuse et les sujets en expérience s'en plaignent toujours vivement. Si la compression du tendon est trop modérée, elle n'amène aucun mouvement appréciable des orteils. En revanche, si elle est exagérée et trop brusque, la douleur produite est telle, qu'il s'ensuit un retrait désordonné de tout le membre, dont la rapidité empêche toute observation du mouvement des orteils. De plus, dans la grande majorité des cas, le mouvement des orteils s'accompagne de flexion dorsale du pied sur la jambe. Mais ce mouvement n'est pas du, ainsi que semble le croire Schäfer, à la compression du tendon d'Achille lui-même. Il paraît résulter simplement du tiraillement énergique de la peau et du redressement mécanique du pied qui en est la conséquence. Pour cette raison nous ne considérerons, dans les résultats fournis par la manœuvre de Schäfer, que les mouvements des orteils seuls.

Sur 48 sujets examinés, le pincement du tendon

(1) Cohn. — *Neurologisches Centralblatt*, 1er juillet 1899, p. 580.
(2) Schuler. — *Neurologisches Centralblatt*, 1er juillet 1899, p. 585.
(3) Guidiceandrea. — *Bull. Soc. Lancis* 1899, fasc. 1, p. 226.
(4) Fauché. — *Th. doct. Bordeaux*, 1899.

(1) *Semaine médicale* 1898, p. 321.

d'Achille ne provoque aucun mouvement des orteils dans 15 cas. Dans 20 cas, on obtient des deux côtés la flexion de tous les orteils. Mais, tandis qu'au gros orteil il s'agit de flexion de la phalange sur le métatarsien correspondant, aux autres orteils ce sont la phalangine et la phalangette qui se fléchissent sur la phalange, celle-ci restant à peu près immobile. Dans 8 autres cas, le gros orteil se fléchit seul comme précédemment. Dans tous les cas, le mouvement de flexion est toujours lent et dure un temps appréciable, en rapport avec la durée du pincement du tendon lui-même. Cinq fois nous avons noté, soit de l'immobilité des orteils d'un côté et de la flexion de l'autre, soit de la flexion d'un côté et de l'extension de l'autre. Chez ces derniers sujets on ne pouvait soupçonner aucune lésion cérébrale. Notons encore que le mouvement d'extension se produisait ici très lentement.

2° Excitation de la surface cutanée de la voute plantaire. — Les effets de ce mode d'excitation sont extrêmement variables. En premier lieu, toute la surface de la voûte plantaire n'est pas excitable au même titre : Babinski avait déjà remarqué que le frottement était plus efficace au niveau du bord interne du pied. Nous avons vu quelquefois aussi l'excitation ne produire d'effet que si elle est appliquée à la partie antérieure de la voûte. Il faut donc, dans chaque examen, rechercher avec soin le point excitable. Même avec cette précaution, on observe souvent aucun mouvement des orteils. En second lieu, si le plus souvent l'excitation de la plante du pied donne lieu à la flexion des orteils des deux côtés, ce mouvement ne se produit que pour un petit nombre d'excitations successives : soit tolérance, soit épuisement, au bout de très peu de temps, il est impossible d'obtenir la moindre réaction. Enfin, fréquemment, tel sujet qui réagissait un jour par de la flexion des orteils, ne donne plus le lendemain aucune réaction à des excitations identiques.

Ces considérations empêchent d'établir d'une manière rigoureuse une proportionnalité numérique entre les divers résultats obtenus. Cependant on peut affirmer que chez les sujets sains ou atteints d'affections n'intéressant pas le système nerveux, la flexion des orteils constitue la réaction normale de l'excitation de la surface cutanée de la voûte plantaire. Cette flexion est plus marquée que celle produite par la manœuvre de Schäfer : elle est aussi plus rapide. Rarement elle existe au même degré pour tous les orteils : c'est tantôt le gros orteil seul, tantôt les deux premiers, tantôt les trois ou quatre derniers orteils seuls qui se fléchissent. Quand l'excitabilité de la plante est très vive, nous avons constaté le fait particulièrement chez deux tuberculeux avancés, le grattement de la plante produit la flexion dorsale brusque du pied sur la jambe, les orteils s'immobilisant en extension sur le métatarse, mais sans se renverser cependant sur le dos du pied. Il n'y a donc pas là, à proprement parler, de phénomène des orteils tel que l'a décrit Babinski, mais une réaction différente de la forme normale, qu'il nous a paru intéressant de signaler, car elle vient compliquer encore l'observation des réflexes des orteils.

3° Excitation de la surface cutanée du talon antérieur. — On peut appliquer ici les mêmes remarques faites précédemment sur la variabilité des effets de l'excitation de la plante. Bien entendu, nous avons évité de porter l'excitation au niveau des épaississements épidermiques qui existent chez beaucoup d'individus, au niveau du talon antérieur, mais nous l'avons appliquée sur la surface cutanée plus fine qui avoisine le pli de flexion des orteils. Malgré ces précautions, nous n'avons souvent obtenu aucun mouvement des orteils. Parmi les cas où nous avons constaté une réaction, elle consistait chez les uns dans la flexion des orteils, surtout marquée pour les trois derniers, chez les autres, au contraire, dans une extension très nette surtout accentuée au gros orteil. L'excitation de la surface cutanée du talon antérieur ne se traduit donc pas à l'état normal par une réaction aussi constante que celle de la voûte. En comparant les résultats obtenus par l'excitation de ces deux régions chez les mêmes individus, nous n'avons trouvé d'effets concordants, soit positifs, soit négatifs, que dans la moitié des cas environ

Il semble, d'après ce qui précède, que chez les sujets normaux, les mouvements réflexes des orteils consécutifs à l'excitation de la surface cutanée plantaire, en général, constituent le premier degré de toute une série de réflexes défensifs, étudiés depuis longtemps sous le nom de réflexe plantaire. Une excitation faible met en mouvement les orteils seuls ; à mesure qu'elle augmente d'intensité, le mouvement se généralise, et s'étend à tous les autres segments pour produire un retrait total du membre Si pour une raison quelconque, l'excitabilité réflexe est augmentée, comme, par exemple, chez les deux tuberculeux dont nous parlions plus haut, le réflexe se généralise d emblée avec une excitation faible et les orteils restent longtemps immobilisés sur pied dans leur situation normale : le mouvement de totalité prime le mouvement local. La flexion des orteils qui suit la compression du tendon d'Achille à l'état normal constitue vraisemblablement un phénomène d'ordre différent. En effet, les caractères intrinsèques des mouvements obtenus par la manœuvre de Schäfer ou celle de Babinski sont différents. La lenteur des premiers éloigne presque de l'idée d'un mouvement réflexe vrai Toute tentative d'explication mise à part, il reste encore un défaut complet de concordance entre les deux séries de phénomènes que nous étudions. Chez le même individu, en effet, l'excitation de la plante peut produire son effet habituel, le pincement du tendon d'Achille restant inefficace et *vice versa*. Enfin on peut dissocier les effets du pincement de la peau et de celui du tendon lui-même. Le pincement de la peau seule doit être très prononcé pour provoquer le retrait du membre et jamais on n'obtient ainsi la flexion du gros orteil seul ou de tous à la fois. On doit donc considérer à part les effets produits par ces deux ordres d'excitations.

Les réflexes des orteils a l'état pathologique. — Après avoir ainsi étudié les réflexes des orteils chez les sujets normaux, nous avons voulu chercher leurs variations à l'état pathologique. Nous avons examiné pour cela cinq malades atteints d'ataxie locomotrice progressive, deux atteints de paraplégie spasmodique par compression médullaire, et enfin quinze hémiplégiques. Pour ces différentes catégories, nous avions déjà dressé des tableaux statistiques et posé des conclusions qui confirmaient pleinement les résultats obtenus par Babinski et van Gehuchten. Mais en répétant nos examens dans un but de contrôle pendant plusieurs jours de suite, nous nous sommes aperçus de l'inconstance et de la variabilité des phénomènes observés une première fois par nous. Aussi bien nous abstiendrons-nous de donner le détail de nos tableaux statistiques dont la valeur se trouve de ce fait très amoindrie. Mais il est toute une série de constatations relevées une pre-

mière fois et vérifiées dans nos examens ultérieurs : ce sont ces quelques remarques que nous allons exposer maintenant.

Chez les *ataxiques* sur cinq malades examinés, une seule fois la manœuvre de Schäfer a produit un mouvement appréciable des orteils, mais de sens différent d'un pied à l'autre : à droite, flexion légère de tous les orteils ; à gauche, extension des trois premiers orteils, flexion des deux derniers. Il s'agissait d'un cas de tabes supérieur, à prédominance sur la musculature oculaire, avec signe de Westphal et sans le moindre symptôme de lésion des voies pyramidales. Quant à l'excitation de la plante du pied ou celle du talon antérieur, elles n'amenaient aucun résultat. Chez les quatre autres malades, ni la manœuvre de Babinski ni celle de Schäfer n'amenaient de mouvement des orteils. Chez tous les cinq tabétiques, le pincement du tendon d'Achille était peu ou pas douloureux. Il semble donc que, dans les cas de tabes classique, l'abolition des réflexes des orteils soit la règle.

Dans un cas de *paraplégie spasmodique* par compression médullaire, l'excitation de la voûte plantaire ou du talon antérieur produisait un mouvement très net d'extension du gros orteil des deux côtés, c'est-à-dire le phénomène des orteils de Babinski. Recherché à plusieurs reprises et à des époques différentes, le phénomène s'est manifesté toujours identique. Le pincement du tendon d'Achille pratiqué sans brusquerie produisait, au contraire, un mouvement lent de flexion du gros orteil analogue à celui que nous avons décrit chez les sujets normaux. D'autre part, le pincement brusque de la peau au niveau du tendon amenait l'extension du gros orteil aussi bien que l'excitation cutanée plantaire. Cette constatation refaite plusieurs fois montre bien que la manœuvre de Schäfer n'agit pas seulement comme le pense Babinski par le pincement de la peau. Cette observation seule fournit la preuve évidente à l'état pathologique de la non identité du phénomène de Schäfer et de celui de Babinski. Nous avions déjà trouvé un défaut de concordance complet à l'état sain entre les résultats fournis par l'une et l'autre manœuvre.

Dans un second cas de *paraplégie par compression* avec exagération des réflexes rotuliens, trépidation épileptoïde et anesthésie complète des membres inférieurs, le réflexe plantaire au chatouillement était aboli. L'excitation de la peau de la voûte ou du talon antérieur n'était suivie d'aucun mouvement des orteils. Le pincement du tendon d'Achille amenait, comme à l'ordinaire, une flexion lente du gros orteil. Nous signalons ici, sans autrement y insister, la coexistence d'une anesthésie totale plantaire et de l'absence du phénomène des orteils.

Ce que nous avons dit plus haut de la variabilité des réflexes des orteils s'applique surtout à ce qui se passe dans les *hémiplégies organiques*. Cependant, il est un certain nombre de faits d'observation qui nous ont paru absolument constants.

1° Pincement du tendon d'Achille. — En premier lieu, dans l'hémiplégie organique classique, le prétendu réflexe antagoniste de Schäfer n'existe pas. Nous avons pu, à cet effet, examiner à maintes reprises, quinze malades, atteints d'hémiplégies de cause cérébrale, à des époques variables de leur évolution. Chez tous, le pincement du tendon d'Achille a toujours produit la flexion de tous les orteils ou du gros orteil seul, du coté paralysé comme du côté sain. Chez tous, la manœuvre est douloureuse et le mouvement de flexion ainsi produit a présenté les mêmes caractères qu'à l'état normal. Par contre, chez trois femmes en état de coma, avec contractures précoces et exagération des réflexes tendineux, sans localisation prédominante d'un côté, la manœuvre de Schäfer produisait le renversement des orteils sur le dos du pied, c'est-à-dire le phénomène décrit par cet auteur. L'extension des orteils se faisait alors très brusquement et s'accompagnait d'un retrait très vif du membre tout entier. Dans un premier cas, où il existait une déviation conjuguée de la tête et des yeux vers la gauche, le réflexe antagoniste n'apparaissait que du côté droit. La lésion était ici vraisemblablement localisée dans l'hémisphère gauche. Cette première observation est donc en concordance avec la loi posée par Schäfer. Mais, chez la seconde malade, qui portait une énorme hémorragie de l'hémisphère droit, vérifiée le lendemain à l'autopsie, l'extension brusque des orteils au pincement du tendon d'Achille existait des deux côtés. Enfin ce réflexe se montrait également des deux côtés chez la troisième malade : il s'agissait cependant de phénomènes comateux urémiques et l'autopsie ne montra aucune lésion matérielle des hémisphères cérébraux. Donc, le phénomène de Schäfer n'est pas un signe constant de lésions cérébrales, ainsi que le veut son auteur, puisqu'il manque dans l'hémiplégie cérébrale vulgaire, et qu'il peut apparaître en dehors de toute lésion des centres cérébraux. Puisque, d'autre part, nous l'avons trouvé des deux côtés avec une lésion cérébrale unilatérale, nous mettons en doute la deuxième conclusion de Schäfer, à savoir que le siège de ce signe peut servir à la localisation de la lésion. Sa valeur clinique est, par suite, presque nulle.

2° Excitation de la surface cutanée plantaire. — Il est très malaisé, à l'heure actuelle, après tant de travaux confirmatifs, de critiquer la valeur séméiologique du phénomène des orteils de Babinski. Cependant, les constatations que nous avons faites au cours d'examens répétés, en nous gardant soigneusement de toutes les causes d'erreur indiquées, nous obligent à refuser à ce symptôme la haute importance que d'autres recherches tendent à lui accorder. Le phénomène des orteils existe, à n'en pas douter. Il est même fréquent chez les hémiplégiques organiques. Mais il se montre souvent avec des caractères tels, que l'examen le plus attentif laisse forcément des doutes sur sa valeur dans l'esprit le plus impartial.

Il peut, tout d'abord, faire défaut dans des cas certains d'hémiplégie cérébrale s'accompagnant de dégénération descendante du faisceau pyramidal. Nous en avons, pour notre part, rencontré deux exemples très nets.

Il peut apparaître des deux côtés avec une lésion unilatérale. Cette observation a été faite chez la malade atteinte de coma apoplectique par hémorragie de l'hémisphère droit, dont nous avons parlé plus haut à propos du réflexe antagoniste de Schäfer.

Dans un même examen, en pratiquant une série d'excitations identiques, les résultats ne sont pas toujours constants. Du coté paralysé, on peut voir tantôt de l'extension des orteils, tantôt de la flexion, ou même un mouvement de totalité du pied, les orteils restant immobiles.

Bien plus, les résultats de deux ou de plusieurs examens successifs, pratiqués à quelques minutes comme à plusieurs heures ou plusieurs jours d'intervalle, ne restent pas toujours comparables à eux-

mêmes. Nous avons vu plusieurs malades présenter, à un moment, le phénomène de Babinski et, à un moment plus ou moins éloigné, ne plus avoir aucune réaction à une excitation semblable.

Chez d'autres hémiplégiques, il est vrai, le phénomène reste constant, l'extension des orteils persiste toujours du côté paralysé et fait contraste avec la flexion des orteils du côté sain. D'une façon générale, chez les malades de cette catégorie, le mouvement d'extension n'est vraiment constant que pour le gros orteil : les autres orteils prennent une part différente et plus ou moins marquée chez les divers individus. Concurremment avec l'extension du gros orteil, on peut rencontrer soit l'extension des autres, soit leur immobilité, soit même leur flexion. L'amplitude du mouvement varie suivant les sujets et d'un jour à l'autre chez un même individu. La brusquerie de l'extension pathologique contraste dans quelques cas avec la lenteur de la flexion normale, en particulier chez les comateux avec contractures précoces. Le plus souvent, cependant, l'amplitude et la rapidité du mouvement inverse présentent les mêmes caractères que celles du mouvement normal.

L'effet des excitations successives s'épuise vite. Fréquemment, nous avons vu toute réaction des orteils, la flexion du côté sain comme l'extension du côté paralysé, disparaitre après une série de dix à quinze grattages exécutés à un intervalle de quelques secondes les uns des autres.

Chez aucun de nos quinze hémiplégiques, en pinçant la peau au niveau du tendon d'Achille, nous n'avons jamais produit de mouvement appréciable des orteils.

Nous n'avons étudié les différents réflexes des orteils qu'au seul point de vue séméiologique. Nous nous réservons de revenir plus tard sur l'interprétation qu'on doit leur attribuer en physiologie pathologique. Cependant d'ores et déjà nous pensons pouvoir établir que l'opinion de Babinski au sujet de l'identité de son phénomène, des orteils et du réflexe antagoniste de Schäfer n'est vraie qu'en partie. Nous pensons avoir surabondamment démontré, tant chez les sujets normaux que pathologiques, que le pincement du tendon d'Achille produisait un effet propre, indépendant des excitations cutanées portées à son niveau, et nous avons encore montré que, sauf quelques cas particuliers, cet effet n'était pas modifié par l'existence de lésions cérébrales. Deux fois seulement, nous avons vu coexister l'extension des orteils par pincement du tendon et par pincement de la peau seule ; et dans ces cas, il s'agissait des malades en état de coma apoplectique dont nous avons parlé plus haut. L'excitabilité réflexe était telle, chez elles, que toutes les excitations portées sur n'importe quel point du membre inférieur produisait un effet identique, un retrait brusque du membre, le pied en flexion dorsale, les orteils en extension sur le métatarse. Il semble bien qu'ici l'excitation cutanée était seule en cause. Ceci démontre que le signe de Babinski n'est pas lié uniquement à l'excitation de la plante du pied, mais peut être produit, dans les cas d'hyperexcitabilité réflexe, par l'excitation d'autres territoires cutanés du membre inférieur. Babinski a donc raison de nier l'existence d'un réflexe antagoniste propre, tel que l'a décrit Schäfer, mais il fait encore erreur en assimilant, dans tous les cas, les effets de la manœuvre de Schäfer à ceux produits par le pincement de la peau seule au niveau du tendon d'Achille.

Après toutes les considérations précédentes nous pouvons, nous semble-t-il, poser les conclusions suivantes :

1° La manœuvre de Babinski est d'exécution délicate et l'observation de ses effets comportent beaucoup de causes d'erreur; 2° le phénomène des orteils ou signe de Babinski, est d'observation exacte : il se rencontre fréquemment dans les cas de lésions des voies pyramidales. Mais il est trop variable d'un sujet à l'autre et chez le même sujet, pour constituer un symptôme de premier ordre. Il ne saurait en particulier être comparé à la trépidation épileptoïde du pied ou de la rotule; 3° le prétendu réflexe antagoniste de Schäfer n'a aucune valeur séméiologique en temps que signe d'un lésion cérébrale ; 4° la manœuvre de Schäfer produit un effet propre et indépendant de l'excitation cutanée. Cet effet consiste dans la flexion des orteils à l'état normal comme à l'état pathologique ; 5° dans les cas d'hyperexcitabilité réflexe, les effets de l'excitation de la peau priment ceux du pincement du tendon, et la manœuvre de Schäfer peut produire seulement alors de l'extension des orteils : mais il ne s'agit pas là d'un réflexe antagoniste.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le mariage au point de vue médico-légal.

Depuis la promulgation de la loi du 27 juillet 1884 sur le divorce, les questions médico-légales relatives au mariage, jadis assez rares, sont devenues de plus en plus fréquentes. Ces questions sont à la fois difficiles et dangereuses pour le médecin appelé, comme expert ou comme témoin, à donner sur elles une appréciation. Nul mieux que le Pr Brouardel ne pouvait aborder ce difficile sujet. Aussi a-t-il rendu un service signalé aux praticiens en publiant les leçons (1) que sa grande expérience lui a permis de faire sur ce délicat sujet.

M. Brouardel fait remarquer tout d'abord que le médecin peut être appelé à s'occuper du mariage comme expert ou comme médecin traitant. Comme expert il est tenu non de donner son opinion mais de faire une démonstration sur les faits qui lui sont soumis; comme médecin traitant il est obligé encore à une plus grande circonspection, car il est lié par le secret professionnel vis-à-vis des deux conjoints. Il serait à souhaiter, comme le désire M. Brouardel, que le médecin traitant qui a délivré un certificat, pût assister à l'expertise du médecin légiste. C'est une règle que devraient faire entrer dans les coutumes médicales les Sociétés professionnelles qui s'occupent de déontologie.

Les questions ayant trait au mariage qui peuvent nécessiter l'intervention du médecin au point de vue médico-légal, sont les demandes de nullité de mariage, de divorce ou de séparation de corps et le désaveu de la paternité.

La *nullité du mariage*, telle qu'elle est définie par l'article 180 du Code civil, ne peut exister que dans deux cas : le manque de consentement libre et l'erreur sur la personne. Dans le premier cas, le médecin peut être consulté au point de vue de l'état mental de celui qui va contracter un mariage, afin de se rendre compte

(1) Le mariage, nullité, divorce, grossesse, accouchement, par P. Brouardel. (J.-B. Baillière, édit., 1900.)

s'il se trouve en état de liberté mentale et s'il ne subit pas des influences étrangères. Le médecin expert peut encore être commis au sujet d'actes accomplis après le mariage mais avant sa consommation; enfin la demande de nullité peut être examinée après la consommation du mariage. De nombreux exemples empruntés à Legrand du Saulle ou personnels à M. Brouardel, montrent quel est ici le rôle du médecin; il doit se borner à constater l'état présent de la personne soumise à son examen, ajoutant, seulement à titre de renseignements, les antécédents qui lui ont été fournis directement ou indirectement.

Le rôle de l'expert dans le cas d'*erreur sur la personne* consiste uniquement dans la recherche du diagnostic du sexe, ce qui conduit à l'examen et à la discussion de l'hermaphrodisme.

Les cas de demande en nullité de mariage où le médecin peut intervenir se bornent donc au manque de liberté du consentement et à l'erreur sur la personne; ils sont assez rares mais il faut que l'expert les connaisse car le plus souvent son avis seul dictera le verdict des juges.

Plus nombreuses sont les causes de *séparation* ou de *divorce* énumérées dans les articles 229 et 230 (adultère), 231 (excès, sévices ou injures graves), 232 (condamnation à une peine afflictive ou infamante). L'article 231 seul intéresse au point de vue médico-légal, car il est de toute nécessité que le médecin sache exactement ce que l'on doit entendre par excès, sévices et injures graves.

Les *excès* sont des actes de violence commis sur une personne et mettant sa vie en danger. Il y a excès, par exemple, quand un mari frappe sa femme enceinte et détermine ainsi l'avortement. La définition du mot excès est du reste relative selon la situation sociale, le niveau moral et intellectuel des personnes en causes. Les *sévices* sont les mauvais traitements habituels. Les *injures graves* consistent en expressions injurieuses ou en faits injurieux. Le médecin peut être appelé à donner son avis sur ces derniers quand il s'agit, par exemple, de grossesse ou d'accouchement antérieurs au mariage ou bien de communication de maladies vénériennes. Dans ce dernier cas le médecin traitant peut être appelé à déposer; sa conduite est très nette, le secret professionnel est dû par lui aux deux conjoints et est absolu; il doit et peut refuser de déposer, comme l'a formellement établi un arrêt de la Cour de Grenoble du 23 août 1828.

Comme médecin expert, il se trouve chargé d'une tâche des plus délicates, surtout quand il s'agit de syphilis. Le plus souvent on ne peut établir que des présomptions sur l'origine de la maladie. La syphilis a pu être contractée par une voie détournée et les deux époux être de bonne foi dans leurs protestations. Le diagnostic sera encore plus difficile, s'il s'agit d'une syphilis datant de plusieurs années. M. Brouardel met en garde le médecin traitant contre les personnes qui viendront lui demander des certificats constatant qu'elles n'ont pas la syphilis et contre la simulation possible des syphilides au moyen de nitrate d'argent. La communication de la syphilis est une injure grave, si le mari qui l'a contractée avant ou après le mariage, savait qu'il en était atteint et en connaissait la nature contagieuse. La blennorrhagie est rarement invoquée comme cause de divorce, le médecin devra dans les cas de transmission être très réservé et se garder d'affirmations trop précises.

L'ivresse habituelle, la morphinomanie, l'éthéromanie, la cocaïnomanie ne peuvent être considérées comme des causes de rupture de mariage que lorsqu'elles donnent lieu à des conséquences graves et indirectes. Les actes commis au cours des grandes névroses : hystérie et épilepsie, ou de l'aliénation mentale, méritent une étude approfondie. L'orsqu'il s'agira d'*hystérie*, le médecin pourra être consulté le plus souvent au sujet de sévices sur lesquelles le magistrat lui demandera une appréciation; il devra alors se méfier de la dissimulation et de la tendance au mensonge de l'hystérique.

Une fois le divorce prononcé, il pourra être consulté au sujet de la garde des enfants; il devra alors convoquer ensemble les deux époux, accompagnés de leurs avoués, dans son cabinet, pour que son enquête soit contradictoire et il évitera ainsi en même temps des scènes pénibles.

L'épilepsie dans aucun cas n'est considérée comme un grief suffisant pour justifier une action en divorce, mais les sévices qui sont commis sous son influence peuvent entraîner la dissolution du mariage. Le médecin traitant consulté ne doit jamais autoriser le mariage d'un épileptique (1).

Comme l'épilepsie, l'aliénation mentale doit être considérée comme un malheur dans une famille et ne peut qu'exceptionnellement provoquer le divorce où la séparation.

L'impuissance chez l'homme, au point de vue légal, n'est pas une cause suffisante pour amener la dissolution du mariage, la séparation ou le divorce; le médecin expert tout aussi bien que le médecin traitant doivent se souvenir qu'il en existe deux variétés, une absolue : absence de verge ou de testicules; l'autre, relative, due à des malformations génitales ou à un état nerveux particulier.

Au sujet de l'impuissance chez la femme, M. Brouardel a successivement étudié, au point de vue médico-légal, les inaptitudes au coït avec leurs conséquences : le droit marital, la sodomie conjugale, la virginité dans le mariage; il examine ensuite la stérilité et ses causes, la ménopause.

Parmi toutes ces questions fort délicates, la plus controversées est le désaveu de la paternité. A ce sujet un point important à fixer tout d'abord est la durée de la grossesse, qui légalement est au minimum de 180 jours et au maximum de 300 jours. Dans la question de désaveu de la paternité, deux cas sont prévus : l'absence prolongée du mari pendant laquelle la femme devient enceinte, ce qui ne nécessite aucune intervention médico-légale. En second lieu la question de l'impuissance. Lorsque l'impuissance est naturelle, elle ne peut être

(1) Voir la thèse de M. A. Fèvre (*Du mariage des épileptiques*, Paris, 1900), faite avec des observations du service de M. Bourneville. (Jouve et Boyer, rue Racine, 15.)

admise comme cause de désaveu de la paternité, car en se mariant, celui qui est impuissant a commis une action honteuse dont il ne doit, dans aucun cas, bénéficier. Dans les cas d'impuissance relative, le médecin doit se souvenir que les malades les plus graves ont pu, même à la période ultime de leur maladie, pratiquer exceptionnellement le coït.

A la question de désaveu de la paternité s'annexe celle du second mariage autorisé, en France, après dix mois révolus depuis la dissolution du mariage précédent. (Code civil, art. 228.)

La recherche de la paternité ou de la filiation interdite en France, mais permise en Angleterre, ne peut le plus souvent reposer que sur des probabilités.

Enfin, M. Brouardel termine la partie de son ouvrage sur le mariage, par un court chapitre sur sa consommation qui peut parfois intéresser le médecin légiste. La défloration peut, bien que rarement, déterminer de graves accidents, soit à cause d'un manque de développement des organes génitaux chez les vierges jeunes, soit chez des vierges âgées, par suite de la présence d'un hymen trop résistant et trop vasculaire.

Nous ne saurions prétendre avoir donné dans cette analyse, fort imparfaite, une juste idée des leçons du Pr Brouardel sur le mariage au point de vue médico-légal. Les études de ce genre reposent sur les exemples les plus divers et la conduite à tenir varie selon les espèces. Ce sont ces observations, que nous ne pouvons analyser, si judicieusement choisies, si agréablement contées et si savamment commentées, qui font le charme des leçons du Professeur de médecine légale de la Faculté de Paris. J. NOIR.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 24 avril 1900. — PRÉSIDENCE DE M. MAREY.

L'écriture droite.

M. CHAUVEL signale les avantages de cette écriture et présente des modèles très pratiques, dus à M. FRANÇOIS, directeur de l'école normale.

Etude du paludisme.

Sur la proposition de M. LAVERAN, l'Académie vote à l'unanimité les deux propositions suivantes : 1° Créer une commission du paludisme ; émettre le vœu qu'une commission soit envoyée en Algérie pour étudier, sur quelques-uns des points les plus insalubres de cette colonie, le rôle des moustiques dans l'infection palustre et les mesures prophylactiques qui doivent être conseillées comme les plus efficaces. (Sont nommés membres de cette commission : MM. Blanchard, Kelsch, Laveran, Railliet et Vallin).

M. BLANCHARD rappelle le rôle considérable joué en Angleterre et en Italie, par les sociétés analogues. Ce rôle est d'autant plus important que l'impaludisme est un des plus grands obstacles à la colonisation. A.-F. PLICQUE.

LA PESTE. — La peste est actuellement en décroissance notable du moins dans les ports de la mer Rouge. L'active surveillance qui existe tant à Aden qu'à Alexandrie, nous permettent de penser que les ports de la Méditerranée resteront indemnes. Elle règne encore avec violence à Bombay, où la famine augmente et fait toujours quelques victimes à Sydney et à Adélaïde en Australie.

REVUE D'HYDROLOGIE

I. — **Les eaux minérales en Roumanie** (stations balnéaires et climatériques). (*Arch. orient. de Méd. et de Chir.*, 1900), par DIAMANT-BERGER.

I. — Les sources d'eaux minérales sont très nombreuses et très richement minéralisées en Roumanie ; les Romains les avaient déjà utilisées, des traces d'établissements thermaux très importants en font foi, telles les ruines d'un établissement thermal romain et de la station balnéaire appelée Bulidava, datant de l'an 138 de l'ère chrétienne, dont les eaux sulfureuses et iodées émergent encore à une température de 27° à 28°. En 1833, le Dr S.-V. Episcopesco étudia les eaux minérales existant en Valachie, puis Zotta, en 1835, écrit sur les eaux de Slanic, de Sarul Dornei, de Borcea, de Hangu, de Strunga ; C. Varnay, en 1838, sur les eaux de Vaivuta ; J. Ciliak et F. Humpel, en 1844, sur les eaux de Balzatesci ; C.-C. Hépites, en 1847, sur les eaux et les boues de Balta-Alba ; A. Fetu, en 1851, sur les eaux minérales roumaines en général, etc. Depuis la réunion des deux principautés (Valachie et Moldavie) en une seule administration, des études méthodiques furent entreprises tant sur les sources anciennement connues et existantes, que sur d'autres nouvellement découvertes et captées. Des chimistes distingués, comme A. Bernad-Lendway, P. Poni, C. Istrati, O. Saligny, V. Butureanu, S. Konya, etc., ont fait des analyses exactes des sources minérales. Il faut regretter surtout l'ignorance à peu près complète pour la plupart des médecins roumains des eaux minérales de leur pays. M. le Pr Félix, dans son récent rapport très documenté sur le service sanitaire du Royaume Roumain, signale ces inconvénients et propose au gouvernement la rédaction d'un manuel officiel complet de toutes les sources minérales connues, exploitées ou non, afin de répandre dans le corps médical et dans le public ces connaissances absolument indispensables.

M. Diamant-Berger fait dans son opuscule une énumération aussi complète que possible de toutes les sources d'eaux minérales connues, de toutes les stations balnéaires et climatériques exploitées ou non, et termine par quelques détails sur les sanatoria, les léproseries, l'asile pour pellagreux et d'autres établissements similaires que possède la Roumanie. Le rapport officiel du Pr Félix lui sert de guide principal et il lui emprunte la plupart des renseignements qu'il publie.

Nous ne donnerons pas la longue liste des sources principales d'eau minérale non exploitées, pouvant être utilisées en boisson ni celle des sources non exploitées, dont les eaux ne peuvent servir que pour des bains. Toutes ces eaux, quoique très riches en éléments minéraux de différentes sortes, sont délaissées et négligées pour des raisons multiples ; elles mériteraient une attention spéciale de la part des autorités respectives. Certaines d'entre elles sont plus efficaces que beaucoup d'eaux similaires des autres pays et pourraient rivaliser très avantageusement avec celles-ci, si on voulait se donner la peine d'y établir des stations confortables.

Les stations balnéaires exploitées, les plus importantes appartiennent : *a*) Soit à l'Etat, qui confie leur administration aux soins du Ministère de l'Agriculture, de l'Industrie, du Commerce et des Domaines. *b*) Soit à l'*Ephorie des hôpitaux de Bucarest*. *c*) Soit à l'*Epitropie générale des hôpitaux Spiridon de Jassy*. *d*) Soit aux diverses *communes*. *e*) Soit enfin aux *particuliers*. Signalons parmi elles : *Balta-Alba*, lac de 6 kilomètres de longueur sur une largeur de 3 kilomètres, et dont la profondeur atteint jusqu'à 3 mètres, dans le district Ramnicu-Sarat. L'eau de ce lac est saturée de sels chloruro-sodiques et iodurés et forme au fond un dépôt de boue épaisse, composée d'une part de ces éléments salins très concentrés et d'autre part des produits de fermentation organique due à la végétation de plantes lacustres. On utilise ses boues soit en applications directes et permanentes sur les parties du corps atteintes de rhumatisme chronique, de douleurs névralgiques invétérées, d'engorgements viscéraux chroniques, etc., soit en dissolution dans des bains chauds ou froids à titre de balnéation saline pour combattre le ralentissement de la nutrition

générale, l'anémie, le rachitisme, les paralysies, les ankyloses, etc. Les sources de *Baltatzesci*, district de Neamtzu, altitude 450 mètres, ont des eaux minérales laxatives et purgatives.

Boboci (district de Buzeu), possède plusieurs sources d'eau sulfureuse chaude, contenant des traces d'iodures alcalins.

Breazu (district de Jassy), tout près de la ville de Jassy, possède deux sources d'eau purgative (sulfate de magnésie et carbonate de soude en proportions très grandes), très répandue dans le commerce pharmaceutique de la Moldavie.

Citons encore *Bughea*, faubourg de la ville Campu-Lungu, et dont les sources chloruro-sodiques contenaient de fortes proportions de soufre, d'iode, de fer et de manganèse, utilisées dans l'anémie, la scrofule, le rachitisme et toutes les affections dues à un défaut de nutrition générale.

Campina aux eaux sulfureuses.

Caciulata et *Calimanesci*, deux stations balnéaires contiguës, situées sur le bord droit de l'Olt, district de Valcea ; à eaux salines sulfureuses, sulfo-iodurées et lithinées. La proportion des sulfures y est plus grande dans ces eaux que dans celles de Baden, Aix-les-Bains, Aix-la-Chapelle, Eaux-Bonnes, etc.

Campu-Lungu, ville climatérique.

Cozla-Piatra, faubourg de Piatra, a 6 sources laxatives.

Constantza, le seul port de mer que possède le Royaume Roumain sur les bords de la mer Noire (province de Dobrugea), possède une plage très fréquentée en été et où l'on y prend en outre des bains de mer ordinaires, des bains de sable chaud (35°,55), des bains d'eau de mer chauffée, des douches d'eau de mer, des massages, etc.

Dorna-Scharu (district de Suceava), à 1.100 mètres d'altitude et renommée pour ses 12 sources d'eau arsenicale.

Govora, à 15 kilomètres de la ville de Ramnicu-Valcea, sources salines iodurées, légèrement ferrugineuses, sans aucune trace de sulfure, mais contenant, en revanche, de très fortes proportions d'iode. Les lacs *Sarat*, *Batogat*, *Teker Ghiol*, *Agi Ghiol*, *Amara*, semblables au lac de *Balta-Alba*.

Monteor-Sarata, sources d'eau chloruro-sodique, iodurée et bromurée, employée en boisson et bains, très efficaces contre la scrofule, l'anémie, le lymphatisme, le rachitisme, les affections osseuses et aussi pour le traitement externe des maladies des femmes.

Nastasache, sources sulfureuses très abondantes.

Pucioasa, source très riche d'eau sulfureuse alcaline froide, qu'on utilise pour les bains (en la chauffant dans des réservoirs dans lesquels on plonge de grosses pierres chauffées à blancs), soit pure, soit additionnée d'une eau minérale fortement iodurée puisée à *Vulcana*, source située à une heure de distance de Pucioasa.

Slanic, une des villes d'eaux les plus renommées du Royaume Roumain. Elle possède un grand nombre de sources salines, iodurées, ferrugineuses, sulfureuses, lithinées et alcalines, réunissant ainsi des ressources thermales extrêmement importantes pouvant rivaliser avec toutes celles réunies de Spa, Ems, Gleichenberg, Contrexeville, Selters, Hall et Kissingen.

Strunga, avec 3 sources d'eau sulfureuse et une source d'eau ferrugineuse.

Sinaïa, la résidence d'été de la Cour royale de Roumanie, station climatérique de premier ordre, située à une altitude de près de 800 mètres, sur un des points les plus pittoresques de la chaîne des Carpathes, qui forme la frontière naturelle entre la Roumanie et la Transylvanie. L'établissement hydrothérapique, un modèle du genre, offre au public les ressources les plus variées et les plus complètes pour les différentes cures diététiques (douches, massages, électricité, balnéation diverse, etc.), sous la direction expérimentée d'un personnel médical spécial, etc., etc.

A côté de toutes ces localités, stations balnéaires et climatériques ou villes d'eaux d'importances variables, la Roumanie possède encore un nombre considérable de sources d'eau diversement minéralisée selon la région.

Un grand nombre de ces stations balnéaires peuvent facilement rivaliser avec leurs congénères les plus fameuses d'Autriche, Allemagne, France ou Italie. Mais les efforts tentés pour y attirer la clientèle riche du pays n'ont abouti jusqu'à présent à aucun résultat appréciable.

La Roumanie ne possède pas encore de sanatorium pour tuberculeux. Mais l'Ephorie des hôpitaux de Bucarest vient d'acquérir dans le district de Gorju le *Mont Tigvele*, sur lequel on doit prochainement construire un sanatorium spacieux situé à une altitude de 1.100 mètres et à l'abri des vents du Nord et du Nord-Est (la tuberculose fait tous les ans près de 1.000 victimes en Roumanie, où la population dépasse à peine le chiffre de 5.670.000 habitants).

Il faut signaler le sanatorium maritime pour enfants scrofuleux fondé depuis peu par l'Ephorie des hôpitaux de Bucarest dans la Dobroudja tout près de Constantza sur une langue de terre située entre le lac Techir-Ghiol et le bord de la mer Noire. Les localités montagneuses de Basca, Mont Penteleu, Nifon, Rucar, Variaticul, Piatra, Curtea-de-Argesiu, etc., sont considérées comme des séjours de cure ou de convalescence pour tuberculeux, anémiques, malariques ou autres malades débilités. Leur altitude, la pureté de l'air, le calme et la vie champêtre qu'on y trouve soit chez les paysans, soit dans les couvents, sont autant de conditions favorables qui ont fait le renom de ces localités ; mais les soins médicaux manquent totalement dans ces sortes de villégiatures toutes différentes de ce qu'on peut appeler des sanatoria.

Il existe en Roumanie une petite *léproserie* instituée à l'asile des infirmes de RACHITOSA. Une trentaine de malades y sont internés ou plutôt isolés et pourvus des soins nécessaires à leur état. Le nombre total des lépreux, se trouvant dispersés sur le territoire du Royaume, est à peu près de 160.

La *pellagre* sévit dans une certaine mesure parmi la population agraire du pays. Elle exige des soins hygiéniques tout particuliers, que l'Etat s'est décidé d'offrir à ces pauvres déshérités dans un asile spécial adjoint à l'Ecole d'agriculture de PAUCESCI-DRAGOMIRESCI (distr. de Roman). Cet asile pour *pellagreux* abrite près de 300 malades (dont plus des trois quarts adultes et le reste enfants) arrivés à une période plus ou moins avancée de cette affection essentiellement dégénérative. Ils y vivent presque en famille, comme des colons, s'occupant un peu de travaux agraires. M. le Dr Petru Flor, médecin de cet établissement, qui s'occupe de ces malades avec un zèle très louable, signale, dans un rapport très consciencieux, les différents traitements qu'il a mis à l'essai, entre autres les lavages du sang, la médication quinique, les toniques et surtout la suralimentation méthodique.

II. — L'Action des eaux de Châtel-Guyon sur le microbisme intestinal; par le Dr PESSEN. (Masson, 1900.)

II. — Il résulte des expériences de l'auteur : 1° Que la moyenne des germes dans les matières fécales augmente sous l'action de l'eau de Châtel-Guyon ; 2° que cette augmentation, déjà très notable avec une prise de 600 grammes d'eau par jour, s'élève considérablement avec une prise de 1.000 grammes d'eau de Châtel-Guyon par jour ; 3° que cette augmentation ne se produit pas seulement dans les selles durant les jours où l'on boit l'eau de Châtel-Guyon, mais qu'elle se continue bien au delà de la période de boisson, et dans des limites qu'il est actuellement difficile de déterminer de façon précise, et qui doivent, d'ailleurs, varier avec chaque individualité.

Les eaux de Châtel-Guyon désinfectent donc l'intestin et provoquent une aseptie relative et prolongée de ce canal. Il est probable que l'eau de Châtel-Guyon élève le chiffre des microbes éliminés, en excitant le péristaltisme intestinal et en amenant, par suite, une évacuation plus rapide du bol fécal telle, que le chiffre des microbes n'a pas le temps de s'abaisser dans celui-ci, comme cela a lieu quand il séjourne dans le gros intestin. Or, d'après MM. Gilbert et Dominici, *Recherches sur le nombre des microbes du tube digestif*, le nombre des microbes dans l'intestin progresse du pylore à la valvule de Bauhin, puis s'abaisse brusquement dans le gros intestin. Si donc le péristaltisme est accru, et nous savons par les expériences de MM. Laborde et Aiguilhon que c'est là, en effet, la caractéristique des eaux de Châtel-Guyon, et si les matières de l'iléon parcourent rapidement le gros intestin, on conçoit aisément que le nombre des germes des fèces doive être accru.

L'auteur expose ensuite le résultat du dosage des chlorures et du chlore dans les fèces pendant et après l'usage des eaux de Châtel-Guyon.

III — **Mementos de Médecine thermale à l'usage des praticiens. Stations hydro-minérales de la France**; publié sous la direction du Dr Morice (Maloine, edit., 1900.)

III. — Le Dr Morice a réuni des articles, donnant à chacun une étude d'ensemble sur une station hydro-minérale française. Chaque ville d'eaux a été l'objet d'un court chapitre, rédigé par un médecin de la station. Parmi les plus importantes, citons Brides et Salins, par Philibert; Cauterets, par Depierris; Châtelguyon, par Baraduc; La Bourboule, par Ad. Nicolas; Lamalou, par Belugou; Martigny, par Dedet; Plombières, par Bernard; Néris, par Morice; Royat, par Chauvet; Vichy, par R. Durand-Fardel; Vittel, par Bouloumié, etc.

Toutes ces notices sont faites sur le même plan : Renseignements généraux sur la station, description. Action physiologique, indications, contre-indications. Nous ne saurions trop féliciter M. Morice d'avoir groupé en un Memento quarante stations françaises et d'avoir tenté de faire connaître aux praticiens français les richesses hydro-minérales de leur pays, dont ils ignorent trop la valeur et les indications, mais nous avons un regret à exprimer : ce Memento qui paraît devoir contenir toutes les stations de France ayant quelque importance, offre de regrettables lacunes, des stations très anciennes et très réputées, ont été oubliées. Nous espérons que M. le Dr Morice voudra bien combler dans une prochaine édition ces lacunes qui, nous ne saurions en douter, après la lecture de l'introduction de M. Huchard, ont été des oublis involontaires.

IV. — **L'hygiène par l'hydrothérapie**; par le Dr J. Roger (du Havre). (J.-B. Baillière, edit., 1899.)

IV. — Dans une première partie le Dr Roger fait un court historique de l'hydrothérapie; remontant aux baignades du Gange, aux purifications prescrites par Moïse et le Talmud, par le Coran et Mahomet, aux prescriptions d'Hippocrate et d'Asclepiade (de Bithynie), il expose avec quelques détails l'organisation perfectionnée des bains chez les Romains, avec l'apodytérium où le baigneur se déshabillait, le tépidarium, étuve à air sec et chaud, le calidarium et le laconium où la température augmente l'aliptérium ou salle de massage, le lavatorium ou salle d'ablution et l'onctorium où l'on séchait et se parfumait. Il y avait en outre dans certains établissements, des vaporariums (étuve humide) des frigidariums (piscine d'eau froide) et un balneum formé de baignoires ou de petites piscines. Sous Galien l'on discutait déjà âprement la valeur thérapeutique et hygiénique des bains et de l'eau froide. Le pape Adrien I avait prescrit au clergé le bain du jeudi. Les Croisés rapportèrent d'Orient la coutume de se baigner bien disparue de France. Les étuvistes devinrent une corporation importante qui sous Charles V, se confondit avec celle des barbiers. Cependant l'hydrothérapie était loin d'être en vogue malgré les conseils judicieux de Marcurialis, de A. Paré au XVIe siècle; de Floyer et Currie en Angleterre, de Sigismond en Allemagne, de Sameólowitz en Russie. En 1816 un paysan de Grœfenberg, Priessnitz mit l'hydrothérapie à la mode et la rendit populaire. Depuis son usage se développa de plus en plus et les médecins en firent une application judicieuse.

Les procédés hydriatiques consistent en applications d'eau froide qui, doit s'accompagner d'un phénomène d'excitation générale salutaire, la réaction, en application d'eau chaude, en séjour dans des étuves qui relèvent plus de la thérapeutique que de l'hygiène. M. Roger insiste sur l'utilité des bains-douches et regrette que les statistiques démontrent que par une fausse pudeur, les femmes n'en usent pas aussi largement que les hommes. L'auteur fait alors une description détaillée des bains-douches et des bains publics, dans diverses villes d'Europe, et étudie avec soin leurs modes d'installation et leur prix de revient.

Un important chapitre est consacré, par le Dr Roger, aux *bains de mer* qui agissent comme les bains froids et offrent, en outre, par leur densité et leur minéralisation, une action thérapeutique des plus puissantes, surtout contre la scrofule, la misère physiologique et le surmenage des grandes villes. Ce chapitre est suivi d'une étude climatérique et topographique du littoral de la France, de Bray-Dunes à Biarritz. Il divise cette étude en chapitres sur les plages du nord de Bray-Dunes à Mers-les-Bains, utiles surtout dans les scrofules torpides qui ont un impérieux besoin de réaction. Les plages de Normandie, de Tréport à Cancale, sont moins excitantes que les plages du nord et forment transition avec les plages de Bretagne, dont l'air est plus tempéré et plus humide que celui des plages normandes. Ces plages conviennent moins aux scrofuleux torpides qui ont besoin de stimulant, mais seront tres utiles aux bronchiteux arthritiques. Les plages de l'Océan, de l'estuaire de la Vilaine à Biarritz, ont leurs indications propres. Arcachon et Biarritz offrent un excellent climat aux phtisiques et les chaleurs de l'été n'y sont pas telles, qu'elles les obligent à émigrer comme pour le littoral mediterranéen.

Nous regrettons de ne pouvoir donner dans cette analyse qu'un résumé bref des indications générales des plages françaises de la Manche et de l'Océan. L'auteur, avec un scrupule auquel nous nous plaisons à rendre hommage, étudie les grandes et petites stations, cite leurs avantages et ne craint pas d'en faire la critique hygiénique, rendant ainsi un réel service au médecin et lui apprenant qu'il ne suffit pas de prescrire les bains de mer, mais qu'il faut indiquer la région et même la station qui seront les plus utiles au malade.

J. Noir.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons sur les maladies du système nerveux (année 1897-1898); par le Pr F. Raymond, recueillies et publiées par E. Ricklin. 4e série; in 8 de 606 p, avec 59 fig. et 2 planches en couleurs. (O. Doin, éd., Paris, 1900.)

M. Raymond continue la très intéressante publication de ses *Leçons sur les maladies du système nerveux* professées à la Salpêtrière. La quatrième série qu'il nous offre aujourd'hui, luxueusement habillée, ce qui ne gâte rien, n'est pas moins instructive que les précédentes tant par la quantité des matériaux amassés et soigneusement coordonnés que par la qualité de leur mise en œuvre. Dans les trente et une leçons que renferme cet important ouvrage, de nombreuses questions de pathologie nerveuse, toutes d'actualité, sont traitées à fond, tant au point de vue clinique qu'anatomique et physiologique avec des aperçus nouveaux qui enrichissent la science neuro-pathologique et font grand honneur à la médecine française.

L'ouvrage débute par l'exposé clinique de deux cas de tumeur de la région rolandique qui précisent les localisations motrices dont ce territoire cérébral est le siège. M. Raymond y joint des considérations thérapeutiques de haut intérêt qui, d'ailleurs, servent de conclusions à toutes ses leçons où le côté pratique est toujours abondamment traité. Les deux cliniques suivantes envisagent le diagnostic souvent difficile de la sclérose en plaques et traitent de l'existence controversée de cette affection chez l'enfant. La quatrième est un exposé complet des paralysies alternes dont la science s'enrichit tous les jours de nouveaux types cliniques ce qui fait qu'elles sont de plus en plus importantes à bien connaître. Puis viennent deux cliniques sur la polio-encéphalite supérieure, sujet complexe, d'une interprétation difficile, analysé par le professeur avec une sûreté anatomique et un sens clinique qui lui font le plus grand honneur ; de même en ce qui regarde l'ophtalmoplégie des tabétiques où la séméiologie si étendue des paralysies oculaires est ordonnée d'une façon réellement magistrale.

Ensuite M. Raymond étudie la paralysie bulbaire asthénique d'Erb, maladie rare, difficile à classer et dont la nature intime a grand besoin d'être encore éclaircie : cette leçon est une des meilleures contributions que nous possédions sur cette question de pathologie nerveuse. Au point de vue séméiologique, notons deux leçons sur l'hémi-atrophie de la langue, remplies de documents anatomiques et de considérations physiologiques. Puis M. Raymond réhabilite l'atrophie musculaire du type Aran-Duchenne, qui pour un temps avait semblé s'effacer de la scène nosographique. Comme corollaire une revision générale très soignée des diverses variétés d'atrophie musculaire qui complète la leçon consacrée au type Aran-Duchenne, surtout si l'on y joint une troisième et une quatrième clinique, où il

est traité de l'atrophie musculaire des tabétiques. Un peu plus loin, le professeur envisage les rapports du tabes et de la syringomyélie, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique, et termine par une analyse fructueuse des associations du tabes avec les autres maladies du système nerveux.

Vient ensuite une étude sur les caractères différentiels de la paralysie saturnine et de la syringomyélie; l'étiologie générale de l'intoxication saturnine, dans laquelle glaneront avec fruit tous les pathologistes, enfin deux cliniques sur les affections du cône terminal, qui complètent celles que M. Raymond avait déjà publiées sur cet intéressant sujet.

Puis le professeur envisage le diagnostic entre la polynévrite des membres inférieurs et la poliomyélite et expose l'état actuel de la science sur les polynévrites syphilitiques, les différenciant avec soin des polynévrites mercurielles qui pourraient coexister.

M. Raymond ne se borne pas à l'étude des maladies organiques du système nerveux, il analyse les caractères de la névrose dite traumatique qui n'est autre qu'une manifestation de l'hystérie associée ou non à des phénomènes de nature neurasthénique; il rapporte deux cas de cette manifestation curieuse qu'est l'hallucination du moignon et fait une revision des myoclonies.

Signalons encore la mise au point des états myxœdémateux pour terminer, en y insistant, sur deux leçons dans lesquelles se pose la question encore controversée des rapports de la paralysie générale et de la syphilis. Le problème dans ces leçons est d'autant plus intéressant qu'il s'agit de paralysie générale juvénile indéniable au point de vue clinique. L'anatomie pathologique, illustrée par d'excellentes planches, montre que des lésions syphilitiques anciennes seraient le point de départ évolutif des altérations cérébrales constitutives cette fois d'une paralysie générale, aperçu très ingénieux que corrobore la réalité des faits.

Nous avons cru bon de rapporter, un à un, les titres de ces leçons nombreuses, remplies de faits M. Raymond, à notre avis, s'est encore surpassé dans cet ouvrage où l'on retrouve toutes ses habituelles qualités. On y remarque avec reconnaissance l'absence d'affirmations dogmatiques toujours si nuisibles à la science ; l'interprétation y est rationnelle, s'appuyant sur des données qui démontrent chez l'auteur une science approfondie de l'anatomie et de la physiologie du système nerveux, jointe à la mise en œuvre d'un sens clinique très aiguisé.

Que notre Maître nous permette de lui adresser nos plus sincères félicitations : il vient de nous donner une œuvre forte, saine et nourrie qui laissera sa trace profonde dans l'histoire de la neuropathologie au XIXe siècle. Les découvertes à venir ne feront que la confirmer dans son esprit clinique, sa justesse d'interprétation et sa sincérité scientifique qui est au-dessus de toute discussion. GILLES DE LA TOURETTE.

Leçons sur les suppurations de l'oreille moyenne, par R. LUC. 1 vol., 500 p. (Lib. Baillière, 1900.)

L'étude des suppurations de l'oreille moyenne et des cavités accessoires des fosses nasales est de date toute récente. Et certes, la part contributive de M. Luc dans nos connaissances sur ce sujet n'est pas la moindre. Aussi, nul n'était plus à même d'écrire sur ces suppurations.

L'ouvrage se compose d'une série de leçons pratiques, clairement exposées, faciles à saisir dans leur ensemble, grâce aux très nombreuses têtes de chapitre. L'auteur traite d'abord les suppurations péricraniennes de l'oreille et des cavités accessoires des fosses nasales : exposé général des suppurations aiguës et chroniques de l'oreille, de certaines complications, telles que l'otorrhée et le cholestéatome encore si mal connu en dehors du monde otologique; étude de certaines manœuvres ou opérations spéciales, indispensables à une prompte guérison; puis revue des suppurations péri-nasales : empyème du sinus maxillaire, du sinus frontal, des cellules ethmoïdales et sphénoïdales.

Dans les huit dernières leçons, l'auteur suit l'infection vers les méninges et le cerveau, et note ses diverses étapes : l'abcès extra-dural, la thrombose des sinus, la méningite et enfin l'abcès encéphalique, tous accidents demeurant trop souvent inopérés, faute d'avoir été reconnus à temps. F. R.

La fermentation humaine; par de BACKER. 1 vol. in-12, 336 p. (Paris, 1900.)

Partant de ce principe que notre organisme dérive d'une cellule qui s'est multipliée à l'infini, l'auteur compare ce processus à celui de la végétation d'une cellule-levure, celle de la bière, par exemple, et qui, par une multiplication intensive, arrive à former un assemblage considérable de cellules ou moût de bière. Le développement de l'organisme, sa vitalité rappellent donc la fermentation des levures; et même l'auteur, poussant à l'extrême, assimile notre corps à une sorte de moût, le moût humain. Une fermentation normale constitue la santé, une fermentation anormale la maladie. Celle-ci peut alors être corrigée par l'introduction d'une levûre pure, à développement normal. D'où l'emploi, en thérapeutique bactérienne, de la levure de bière dans une foule de maladies. Certes, les comparaisons de l'auteur sont un peu risquées et confinent souvent au paradoxe. Cependant elles renferment une part de vérité; et la preuve en est dans les dernières communications de Brocq et de Thiercelin, conseillant l'emploi de la levûre de bière, soit dans la furonculose, soit dans certaines gastro-entérites aiguës. F. R.

Atlas-Manuel des maladies de la peau; par le Pr MRAECK (de Vienne). Edition française, par le Dr HUDELO. (Paris, J.-B. Baillière, 1900.)

Ce livre est le complément de l'Atlas-Manuel des maladies vénériennes que nous avons présenté ici même récemment. Conçu dans le même plan, il se compose d'une série de planches en chromolithographie représentant les principales dermatoses, et d'un Manuel de dermatologie dans lequel les additions du traducteur complètent heureusement le texte de l'auteur. Une telle pratique offre de réels avantages, je me suis déjà maintes fois expliqué sur ce point. On est, en effet, surpris de voir combien les médecins d'un pays sont ignorants de ce que pensent sur un même sujet leurs confrères étrangers, et cela malgré un échange de vue qui pourrait sembler de tous les instants, si l'on songe aux congrès ou aux périodiques qui se multiplent chaque année. Il est donc bon que le lecteur ait sous les yeux toutes les pièces du procès, qu'il sache si une même question peut donner lieu à des interprétations différentes et que des recherches passées sous silence par un de nos collaborateurs se trouvent mises en lumière par un autre. L'homogénéité de l'ouvrage se ressent peut-être quelque peu d'un tel plan, mais les avantages ne sont pas moins réels. Ils le sont certainement pour ce livre où certaines questions n'ont été mises au point que par le traducteur. Les descriptions sont parfois un peu écourtées, et l'on trouve des chapitres ou des planches réservés à des affections qui ne rentrent guère dans la dermatologie (brûlures, érysipèle, rougeole). Ce livre, néanmoins, sera consulté avec profit par ceux qui ne sont pas préparés aux difficultés de la dermatologie ou qui n'ont pas de longues heures à consacrer à son étude. Paul RAYMOND.

La chirurgie des suicides; par A. MORALES PEREZ. (*Revista de medecina y cirurgia pract.*, n° 633.)

L'auteur publie sous ce titre la relation de douze cas de suicide, dont dix par armes à feu et deux par précipitation, parmi lesquels la mort ne survint que deux fois, et une des deux fois précisément chez un sujet qui avait voulu simuler un suicide et qui, croyant s'égratigner seulement la peau du ventre, s'était logé une balle dans le foie. L'autre décès (balle dans la région temporale), ne se produisit qu'assez longtemps après la tentative. La plupart des sujets, s'étaient visés à la tête ou au cou; peu de balles furent extraites, la plupart s'enkystèrent sans accidents ultérieures. M. Morales insiste sur le rôle de soutien moral que doit jouer le chirurgien auprès du malade pour prévenir si possible une récidive après guérison.

F B.

CONGRÈS INTERNATIONAUX

X[e] Congrès international d'hygiène et de démographie, (*Paris*, 10-17 *août* 1900).

Le bureau du Congrès est ainsi composé : M. Brouardel, à la Faculté de médecine, à Paris, président. — M. A.-J. Martin, rue Gay-Lussac, 3, à Paris, secrétaire général. — M. Galante, rue de l'Ecole-de-Médecine, 2, à Paris, trésorier. — MM. Bourges, G. Brouardel, Faivre, Henri Thierry, secrétaires.

Le comité exécutif comprend : Les membres du bureau; les présidents et les secrétaires des sections du Comité d'organisation. Adresse du secrétaire du Congrès : rue de l'Ecole-de-Médecine, 21, à Paris.

PROGRAMME.

PREMIÈRE DIVISION (*Hygiène*).

Première section. *Microbiologie et parasitologie appliquées à l'hygiène.* — Président, M. Laveran; secrétaire, M. Netter. — Rapports : 1° Mesure de l'activité des sérums (rapport d'un Comité international, désigné au Congrès de Madrid); 2° Prophylaxie et traitement préventif de la diphtérie; 3° intoxications par les viandes altérées (viandes fraîches et conserves), leurs causes, moyens de les prévenir; 4° microbes pathogènes dans le sol et les eaux (choléra, fièvre typhoïde, autres maladies); 5° du rôle des eaux et des légumes dans l'étiologie de l'helminthiase intestinale.

Deuxième section. *Hygiène alimentaire. Sciences chimique et vétérinaire appliquées à l'hygiène.* — Président, M. Chauveau; secrétaire, M. Bordas. — Rapports : 1° Du choix des vases destinés à préparer ou à contenir des substances alimentaires ou les boissons; des matières qu'il y a lieu d'interdire pour ces usages; 2° de la valeur des substances alimentaires additionnées de produits dits *conservateurs;* 3° unification des méthodes pour l'analyse chimique des eaux et de l'air atmosphérique; 4° les conserves alimentaires et les moyens à employer pour éviter les accidents, unification du contrôle international, 5° de la pureté des eaux minérales dites *de table*; 6° des conditions à réaliser pour généraliser et unifier l'inspection des viandes dans les abattoirs publics, les tueries particulières et les établissements de préparation et de vente.

Troisième section. *Salubrité : sciences de l'ingénieur et de l'architecte appliquées à l'hygiène.* — Président, M. Bechmann; secrétaire, M. Launay. — Rapports : 1° Protection et épurations des sources et des cours d'eau (mesures administratives); 2° les ordures ménagères : collecte, transport et traitement final; règles hygiéniques à suivre dans les maisons et dans la ville; 3° assainissement intérieur des maisons reliées à l'égout public; règles essentielles et moyens d'en assurer l'observation; 4° règle générale d'hygiène à observer dans la distribution, l'aération permanente et la décoration intérieure des maisons d'habitation; 5° salubrité de l'atmosphère des villes (fumées, poussières, gaz nocifs, etc.); 6° principes et conditions imposés par l'hygiène aux règlements de voiries dans les agglomérations urbaines.

Quatrième section. *Hygiène industrielle et des collectivités. (Première enfance, exercices physiques, écoles, hôpitaux prisons, etc.). Crémation.* — Président, M. Th. Roussel; secrétaire, M. Deschamps. — Rapports : 1° De la puériculture : étude des parents, hygiène de la femme enceinte, après la naissance; les crèches; 2° exercices physiques : dans les écoles, cyclisme; 3° de l'inspection médicale des écoles au point de vue de l'hygiène; 4° des contagieux au point de vue de l'hygiène hospitalière.

Cinquième section. *Hygiène industrielle et professionelle. Logements insalubres.* — Président, M. J. Siegfried; secrétaire, M. de Pulligny. — Rapports : 1° Législation et règlement du travail au point de vue de l'hygiène; 2° habitations insalubres : législation actuelle de chaque pays, ses applications et ses résultats, réformes désirables; 3° prophylaxie des accidents et maladies causés par les poisons industriels (mercure, arsecic, plomb, cuivre) : législation actuelle de chaque pays, ses applications et ses résultats, réformes désirables; 4° prophylaxie du phosphorisme : législation actuelle de chaque pays, ses applications et ses résultats, réformes désirables.

Sixième section. *Hygiène militaire, navale, et coloniale.* — Président, M. Léon Colin; secrétaire, L. Ferrier. — Rapports : 1° De l'hospitalisation extemporanée pour les troupes en campagne; 2° ventilation à bord des navires; 3° des précautions hygiéniques à prendre pour les expéditions et les explorations dans les pays chauds; 4° des moyens d'assurer la salubrité de l'eau au point de vue de l'hygiène coloniale.

Septième section. *Hygiène générale et internationale (prophylaxie des maladies transmissibles; administration et législation sanitaires).* — Président, M. Proust; secrétaire, M. Mosny. — Rapports : 1° Etudes des diverses mesures, envisagées spécialement dans leurs résultats, pour assurer la prophylaxie de la tuberculose des individus, des familles et des collectivités; 2° de la déclaration obligatoire des maladies transmissibles, ses conséquences nécessaires (isolement, désinfection, etc.) et ses résultats dans les différents pays; 3° prophylaxie internationale de la peste et de la fièvre jaune; 4° transport des pèlerins et des émigrants sur les bateaux à vapeur; 5° études des différentes mesures mises en pratique pour assurer la prophylaxie de la syphilis.

Huitième section. *Hygiène des transports en commun. (Chemins de fer, navires, omnibus, tramways et automobiles.)* — Président, M. Cuvinot; secrétaire, M. Chevallereau. — Rapports : 1° Moyens d'empêcher la propagation des maladies transmissibles, tant par les voyageurs que par le personnel, dans les chemins de fer. Mesures au départ, dans le trajet et à l'arrivée : isolement des malades, agencement des wagons, nettoiement et désinfection; 2° minimum de l'acuité visuelle et de chromatopsie admissible dans les services des chemins de fer et la marine; 3° aménagement des navires au point de vue de la salubrité; 4° nettoiement des navires, leur désinfection et celle des marchandises qu'ils renferment; 5° chauffage, aération et éclairage des voitures servant au transport en commun; 6° hygiène du voyageur en automobile; 7° la chambre d'hôtel au point de vue de l'hygiène et de la salubrité.

DEUXIÈME DIVISION. (*Démographie.*)

Président, M. Levasseur; secrétaire, M. J. Bertillon. — Rapports : 1° L'alcool considéré au point de vue statistique. Déterminer la quantité d'alcool absolu, bue sous forme d'eau-de-vie par la population depuis cinquante années environ. Quelles ont été les mesures prises contre l'alcoolisme? Examiner si ces mesures ont une influence sur la consommation d'alcool; 2° condition de logement de la population. Déterminer, d'après les recensements et autres données statistiques actuellement existantes, la distribution de la population dans les logements selon le nombre des pièces dont se composent ces logements. Autant que possible il convient d'adopter la définition suivante du mot *pièce :* est compté comme pièce tout local assez grand pour pouvoir contenir un lit, c'est-à-dire ayant au moins 2 mètres de long sur 1 m. 50 de large; 3° mouvement de la population suivant le degré d'aisance; 4° tailles et professions depuis les vingt dernières années.

Congrès de la presse médicale.

La commission d'organisation du Congrès de la presse médicale en 1900 vient, dans sa dernière séance tenue jeudi, avenue Rapp, 2 *bis*, de fixer définitivemant au 26 juillet la date de son ouverture. Le Congrès durera trois jours et s'ouvrira à l'Exposition, au pavillon de la Presse, gracieusement mis à la disposition des journalistes médicaux par le comité central des associations de presse. Les séances suivantes auront lieu à la Faculté de Médecine. Rappelons que le bureau de la commission d'organisation se compose du P[r] Cornil, sénateur, président; de MM. les D[rs] Lucas-Championnière et V. Laborde, membres de l'Académie de Médecine, vice-présidents et du D[r] R. Blondel, chef de laboratoire à la Charité, secrétaire général. Les deux questions à l'ordre du jour du Congrès sont les suivantes : 1° Création d'une association internationale de presse médicale; 2° protection de la propriété littéraire dans les publications médicales.

Le P[r] Virchow (de Berlin), pour le comité allemand, et le P[r] Baccelli, pour le comité italien, ont accepté la présidence d'honneur.

VARIA

Enseignement médical dans les hôpitaux.

Cours et conférences cliniques de MM. les Médecins, Chirurgiens et Accoucheurs.

Hôtel-Dieu. — MM. les Drs Cornil, conférences d'anatomie pathologique, jeudi, 9 h 1/2, laboratoire: conférences de chimie clinique, samedi, 9 h. 1/2, laboratoire Brissaud, maladies du système nerveux, lundi, 9 h. 1/2, salon de la salle Sainte-Madeleine; Faisans, maladies des voies respiratoires, tous les jours, 9 h. 1/4, salles Saint-Thomas et Sainte-Anne. Championnière, clinique chirurgicale, jeudi, 10 heures, amphithéâtre Desault, opérations abdominale, mardi, 9 heures, salle de gynécologie. Legry, examen des malades, clinique médicale, tous les jours, 9 h. 1/2, consultation. Chevalier, exercices pratiques de clinique chirurgicale et de gynécologie, tous les jours, 9 h. 1/2, consultation.

Pitié — MM. les Drs Albert Robin, maladies de la nutrition, lundi, 9 h. 1/2, amphithéâtre des cours. André Petit, maladies du cœur, mardi, jeudi, samedi, 9 heures, salle Trousseau. Babinski, maladies du système nerveux, samedi, 10 h. 1/4, annexe de la salle Grisolle. Thibierge, maladies de la peau, dimanche, 10 heures, amphithéâtre des cours; consultations, mercredi, samedi, 9 heures, salles de consultations spéciales; opérations dermatologiques mardi, 9 heures, salle Piorry Lepage, conférences cliniques, mercredi, 10 heures, service d accouchement. Thiéry, exercices pratiques de clinique chirurgicale et de gynécologie, tous les jours, 9 h. 1/2, salle de la consultation externe.

Charité. — MM. les Drs Gouraud, conférences cliniques, tous les jours, 9 h. 1/2, au lit des malades. Moutard-Martin, conférences cliniques, tous les jours, 9 heures, au lit des malades. Oulmont, conférences cliniques, tous les jours, 9 heures, au lit des malades. Campenon, conférences cliniques, lundi, mercredi, vendredi, au lit des malades; conférences cliniques, jeudi, amphithéâtre Velpeau. Maygrier, opérations, mardi, samedi; clinique obstétricale, jeudi, 10 h 1/2, amphithéâtre Velpeau.

SaintAntoine. — MM. les Drs Ballet, maladies du système nerveux et maladies mentales, dimanche, 10 heures, amphithéâtre de la clinique de la Faculté. Gaucher, maladies de la peau et syphilis, lundi, mercredi, samedi, 10 heures, salle des consultations spéciales. A. Siredey, conférences de clinique et de séméiotique médicale, lundi, mercredi, vendredi, 9 heures, salles Bichat et Chomel; consultation de gynécologie, mardi, samedi, 9 h. 1/2, à l'annexe de la salle Chomel; conférences de gynécologie médicale, jeudi, 10 heures, à l'annexe de la salle Chomel Lermoyez, maladies du nez, du larynx et des oreilles, conférences techniques et de thérapeutique spéciale, mardi, samedi, 9 h 1/2, service des maladies du nez, du larynx et des oreilles; opérations, lundi, vendredi, 9 h. 1/2, service des maladies du nez, du larynx, et des oreilles. Galliard, maladies du poumon et de la plèvre, mardi, 9 h. 1/2, salle Nélaton. Gilles de la Tourette, maladies du système nerveux, mercredi, vendredi, 10 heures, laboratoire Axenfeld Béclère, maladies des organes thoraciques, examen clinique des malades, tous les jours, 9 h. 1/2, salles Grisolle et Magendie; examen radioscopique des malades, samedi, 10 heures 1/2, salle des conférences; conférences de radiologie médicale, dimanche, 10 heures, salle des conférences. Thoinot, examen des malades, tous les jours, 9 h. 1/2, salles Marjolin, Roux et Corvisart. Bar, examen des malades, tous les jours, 9 h. 1/2, Maternité. Hudelo, examen des malades, clinique médiale, tous les jours, 9 h 1/2, salle de la consultation.

Necker. — MM. les Drs Rendu, leçons cliniques, jeudi, 10 h., amphithéâtre H. Huchard, clinique et consultations thérapeutiques, vendredi, 9 heures, pavillon de la salle Delpech. Cuffer, conférences de microbiologie, anatomie pathologique et urologie, lundi, 9 heures, pavillon Péter; leçons de pathologie clinique, mardi, 10 h. 1/2, pavillon Péter; leçons cliniques, tous les jours, 9 h. 1/2, au lit des malades. Barth, conférences cliniques, mercredi samedi 9 1/2, au lit des malades. Routier, leçons pratiques sur les maladies des voies urinaires, mardi, 9 heures, amphithéâtre, à partir du 1er juin.

Cochin. — MM les Drs Chauffard, conférences de clinique médicale, samedi, 10 heures, amphithéâtre du service. Delpeuch, maladies générales et diathèses, lundi, mercredi, vendredi, 9 h., au lit des malades Schwartz, chirurgie générale, lundi, mercredi, vendredi, 9 h. 1/2, au lit des malades. Quénu, pathologie chirurgicale, tous les jours, 9 h. 1/2, au lit des malades.

Beaujon. — MM. les Drs Fernet, conférences cliniques, mardi, samedi, 9 heures, au lit des malades. Debove, conférences cliniques, lundi, mardi, mercredi, vendredi, samedi, 9 h. 1/2, au lit des malades. Troisier, conférences cliniques, tous les jours, 9 h., au lit des malades. Lacombe, conférences cliniques, lundi, mercredi, vendredi, 9 heures, au lit des malades. P. Berger, chirurgie abdominale, lundi, mercredi, vendredi, 9 heures, au lit des malades; chirurgie générale, mardi, jeudi, samedi, 9 heures, au lit des malades. Bazy, conférences cliniques et consultations pour les maladies des voies urinaires, lundi, jeudi, samedi, 9 h. 1/2, au lit des malades: chirurgie générale, mercredi, vendredi, 9 h. 1/2, au lit des malades: opérations de gynécologie, mardi, jeudi, 9 h. 1/2, pavillon Dolbeau.

Lariboisière. — MM. les Drs Duguet, clinique médicale, tous les jours, 9 heures. Gouguenheim, laryngologie, rhinologie, otologie, tous les jours, 9 heures, salle de la consultation; opérations, mercredi, 9 heures, pavillon Davaine. Landrieux, clinique médicale, samedi, 10 heures, au lit des malades; consultation externe de gynécologie, jeudi, 9 heures, salle de gynécologie. Dreyfus-Brisac, conférences de pathologie clinique, mercredi, 9 h. 1/2, salle Maurice Raynaud. Tapret, conférences de pathologie clinique, tous les jours, 9 h. 1/2, au lit des malades. Brault, clinique médicale, tous les jours, 9 heures, au lit des malades. Delens (Dr Sauvineau, assistant), maladies des yeux, tous les jours, 9 h. 1/2, salle de l'ophtalmologie. Peyrot, clinique chirurgicale, jeudi, 10 heures, grand amphithéâtre; mardi, vendredi, 9 heures, au lit des malades. Paul Reynier, clinique chirurgicale, samedi, 10 heures; amphithéâtre Gosselin; tous les jours, 9 h., au lit des malades. Tuffier, visite et interrogatoire des élèves, lundi mercredi, vendredi, 9 heures, au lit des malades; opérations, mardi, jeudi, samedi, 9 h. 1/2, salle d'opérations; clinique, jeudi, 9 h. 1/2, amphithéâtre. Bonnaire, clinique obstétricale, tous les jours, 9 heures, Maternité.

Tenon. — MM. les Drs Bourcy, leçons cliniques, mercredi, 10 h. 1/2, salle Lelong; tous les jours, 9 h. 1/2, au lit des malades. Le Gendre, leçons de clinique et de thérapeutique, jeudi, samedi, 9 h 1/2, au lit des malades. Ménétrier, clinique médicale, tous les jours, 10 heures, au lit des malades. Duflocq, clinique médicale, tous les jours, 9 h. 1/2, au lit des malades; mardi, 10 h. 1/2, au lit des malades. Launois, clinique médicale, tous les jours, 9 h. 1/2, au lit des malades. Félizet, chirurgie infantile, tous les jours, excepté le jeudi, 10 h. 1/2, au lit des malades. Poirier, clinique chirurgicale, mardi, jeudi, samedi, 9 h. 1/2, au lit des malades. Lejars, clinique chirurgicale, lundi, mercredi, vendredi, 9 h. 1/2, au lit des malades. Boissard, clinique obstétricale, tous les jours excepté le dimanche, 10 heures, au lit des malades.

Laënnec. — MM. les Drs Landouzy, séméiologie, mardi, 10 h., amphithéatre; conférences cliniques, tous les jours, 9 heures au lit des malades; leçons cliniques, jeudi, 10 heures, amphithéâtre. Merklen, visite et conférences de séméiologie, tous les jours, 9 h. 1/2, au lit des malades; leçons cliniques, mercredi, 10 h. 1/2, amphithéatre; conférences de bactériologie, lundi, 10 h. 1/4, amphithéâtre Barié, conférences de clinique et de thérapeutique, tous les jours, 9 h. 1/2, au lit des malades; seméiologie générale et maladies du cœur, mercredi, 10 heures, amphithéatre. Hirtz, conférences cliniques, tous les jours, 9 h. 1/2, au lit des malades, conférences de thérapeutique clinique, vendredi, 10 heures, amphithéâtre. Reclus, examen des malades, leçons cliniques et opérations, tous les jours, 9 heures, au lit des malades; thérapeutique chirurgicale, samedi, 10 heures, amphitheatre. Rénon (service temporaire, visite et examen des malades, tous les jours, 9 h. 1/4, au lit des mades; conférences de clinique et de pathologie élémentaires, mardi, 10 heures ancien amphithéâtre. E. Dupré (service temporaire), examen des malades (affections nerveuses et mentales), tous les jours, 10 h. 1/2 au lit des malades. Paul Claisse, conférences de clinique et de thérapeutique, vendredi, 10 heures, consultation. J.-L. Faure, examen des malades et conférences cliniques, tous les jours, 9 h. 1/2, consultation.

Bichat. — MM. les Drs Roques, conférences cliniques, tous les jours, 9 heures, au lit des malades. Talamon, visite des malades, tous les jours, 9 h. 1/2, salles Louis et Bazin. Picqué, examen clinique des malades, lundi, mercredi, vendredi, 9 heures, salles Chassaignac et Jarjavay. Opérations générales et abdominales, mardi, jeudi, samedi, 9 heures, salles Chassaignac et Jarjavay. Barbier, conférences de séméiologie et de thérapeutique, vendredi, 9 h. 1/2. Salle de la consultation, Guillemain, exercices pratiques de clinique chirurgicale, tous les jours, 9 h. 1/2, salle de la consultation.

Andral. — M. le Dr Mathieu, maladies des voies digestives (leçon clinique), vendredi, 10 heures, a partir du 1er mai.

Broussais. — MM. les Drs Gilbert, conférences de clinique et de thérapeutique, tous les jours, 10 heures, au lit des malades. Œttinger, conférences de clinique et de séméiotique, mardi, jeudi, 9 h. 1/2, au lit des malades. Michaux, visite et opérations, tous les jours, 9 h. 1/2.

Boucicaut. — MM. les Drs Letulle, conférences cliniques, tous les jours, 9 h. 1/2. Gérard-Marchant, opérations, lundi, mercredi, 9 heures ; leçons de clinique, mardi, 10 heures ; visite des malades, jeudi, samedi, 9 heures. Doléris, grossesse (affections gynécologiques, accouchement, suites de couches), lundi, 10 heures, Maternité; exercicices pratiques d'obstétrique, vendredi, 10 heures, Maternité. Demoulin, conférences, samedi, 10 heures, salle de la consultation.

Saint-Louis. — MM. les Drs Hallopeau, dermatologie et syphiligraphie (présentation des malades et conférence clinique), samedi, 10 heures, laboratoire du pavillon Bazin. Tenneson, consultation externe, mardi, 9 heures, 38, rue Bichat ; examen des nouveaux malades, mercredi 9 heures, laboratoire Alibert ; opérations dermatologiques, vendredi, 9 heures, laboratoire Alibert. Du Castel, conférences sur la dermatologie et la syphilis, samedi, 1 h. 1/2. salle des conférences, à partir du mois de décembre; traitement chirurgical des maladies de la peau, lundi, 9 h. 1/2, laboratoire Cazenave; examen et discussion des nouveaux malades (Polyclinique), jeudi, 9 heures, salle Cazenave. Danlos, traitement chirurgical des maladies de la peau, lundi; examen et discussion de nouveaux malades (Polyclinique), mercredi samedi. Balzer, conférences cliniques, mercredi, 9 h. 1/2, salle Lorry. Richelot, conférences cliniques, lundi et vendredi, 9 heures, isolement; opérations gynécologiques, mardi, jeudi, samedi, 9 heures, isolement. Nélaton. clinique chirurgicale et opérations, mardi, jeudi, samedi, 9 heures. Ricard, conférences et opérations, tous les jours 9 h. 1/2, au lit des malades. Legueu, conférences de clinique et de thérapeutique chirurgicales, tous les jours, 10 heures, salle de la consultation.

Ricord. — MM. les Drs Alex. Renault, affections vénériennes et cutanées, jeudi, 11 heures, salle des cours. Queyrat, maladies de la peau (Polyclinique), lundi, 9 heures, salle des cours; maladies des voies urinaires (Polyclinique), mardi, 8 h. 1/2, salle d'opérations; maladies vénériennes, conférences cliniques, vendredi, 10 heures, salle des cours; cousultation externe, mercredi et samedi, 9 heures, salle de la consultation; examen des nouveaux malades, conférence clinique, jeudi et dimanche, 9 heures, salle d'opérations.

Broca. — MM. les Drs de Beurmann, leçons sur les affections vénériennes et cutanées, mardi, 10 heures, salle Goupil, à partir d'avril. Brocq, petite chirurgie dermatologique, mardi, 8 h. 1/4. salle de la consultation; conférences sur le traitement des maladies de la peau, vendredi, 8 h. 1/4, salle de la consultation. Pozzi, opérations, mardi, jeudi, samedi, 10 heures, amphithéâtre du service; clinique gynécologique, lundi, mercredi, vendredi, 10 h., amphithéâtre du service; démonstrations histologiques, samedi, 9 heures, amphithéâtre du service.

Enfants-Malades. — MM. les Drs Descroizilles, maladies infantiles, jeudi, 9 heures, salle de consultation; mercredi, 9 h. 1/2, salle Gilette. Moizard, leçons cliniques, mercredi, samedi, au lit des malades. Sevestre, leçons cliniques sur la diphterie, mardi, jeudi, samedi, salle de conférence du service. Comby, leçon de therapeutique clinique, mardi, 9 heures, salle de consultation; leçons cliniques, mercredi, 9 heures, salle de Chaumont. Variot, leçons cliniques tous les jours, sauf le vendredi, 10 heures, au lit des malades. Lannelongue (Dr Villemin, assistant), conférences cliniques, mercredi et vendredi, 9 h. 1/2, au lit des malades, conferences faites par le Dr Lannelongue; jeudi, 10 h. 1/4, amphithéâtre, conférences faites par le Dr Villemin. Brun, chirurgie infantile et orthopédie, tous les jours, 9 heures, au lit des malades.

Trousseau. — MM. les Drs Josias, clinique infantile, mardi, vendredi, 9 heures, salles Blache et Barrier. Netter, clinique infantile, mercredi, samedi, 9 h. 1/2, salles Bouvier et Archambault. Richardière, clinique infantile, lundi, jeudi, 10 heures, salle Lugol. Guinon, clinique infantile (angines, diphtéries, trachéotomie, tubages, tous les jours, 10 heures, au lit des malades. Kirmisson, chirurgie infantile, mardi et samedi, 10 heures, salle d'opérations. Broca, chirurgie infantile, mardi et samedi, 9 heures, salle de consultation.

Salpêtrière. — MM. les Drs Déjerine, maladies du système nerveux, mercredi, 9 h. 1/4, salle de la consultation externe, le cours du jeudi commencera en mai; jeudi, 5 heures, salle de la consultation externe, le cours du jeudi commencera en mai; consultation externe polyclinique nerveuse, mercredi, 9 h. 1/2, salle de la consultation externe. Segond, clinique gynécologique, lundi, 10 h. 1/2; operations, samedi, 10 h. 1/2. Jules Voisin, maladies mentales, jeudi, 10 heures, section Esquirol. Charpentier et Roubinovitch, maladies mentales, dimanche, 10 heures, section Pinel. Deny, maladies mentales, jeudi, 10 heures, section Rambuteau, à partir du mois de juin.

La Rochefoucauld. — M. le Dr Darier, maladies de la peau. — Conférences théoriques et pratiques, lundi, mercredi, vendredi, 9 heures, salle de la consultation externe.

Association des médecins du département de la Seine.

L'assemblée générale annuelle de cette Association aura lieu demain 29 avril, à deux heures très précise, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. Brouardel, président.

Cette assemblée a pour objet : 1° La lecture du compte rendu de l'année 1899 par le secrétaire général; 2° l'élection d'un président; de deux vice-présidents. Candidats proposés aux suffrages de l'Assemblée par la *Commission générale* : *Président* : M. Brouardel; *Vice-présidents* : MM. Guyon et Fernet; 3° le renouvellement par tirage au sort de vingt-deux membres titulaires de la *Commission générale*. La désignation de quarante-quatre suppléants.

MOUVEMENT DE LA CAISSE PENDANT L'EXERCICE 1899.

CAISSE GÉNÉRALE

Recettes.

Rentes 3 0/0 et 3 1/2 0/0	40.230 fr.	50
Cotisations	16 565	»
Admissions	480	»
Dons et legs	11.385	»
Dégrèvement de la taxe de mainmorte	136	40
Reliquat de l'année 1897	334	75
Total.	69.131 fr.	65

Dépenses et emploi.

Secours à cinq sociétaires et à cinquante-huit veuves ou familles de sociétaires	40.420 fr.	
Secours à trente-cinq personnes étrangères à l'Association	4.850	»
Recouvrement des cotisations	600	»
Frais d'impression	881	55
Port d'imprimés, timbres-poste, dépenses diverses	378	75
Subvention à la caisse des pensions viagères	1.176	25
Impôts et frais de succession (legs Chevrey et Piédagnel)	618	20
Versement suivant convention pour travaux sur la ferme de Vincy	8.042	»
Achat de 354 francs de rente 3 0/0	12.005	90
Total.	68.972 fr.	65

Balance.

Recettes	69.131 fr.	65
Dépenses	68.972	65
Reste.	159 fr.	»

CAISSE DES PENSIONS VIAGÈRES.

FONDS DE SECOURS.

Recettes

Interêt des fonds placés	623 fr.	75
Subvention fournie par la Caisse générale	1.176	25
Total.	1.800 fr.	»

Dépenses.

Pensions viagères (trois semestres)	1 800 fr.	»

FONDS DE RÉSERVE.

Recettes.

Reliquat de l'année 1898 (à reporter en 1900)	83 fr.	40

Responsabilité médicale.

Le tribunal de Cambrai vient de condamner un médecin qui avait accepté de faire le service de l'Assistance médicale gratuite de la commune de Saint-Waast, à 6.000 francs de dommages-intérêts pour négligence matérielle dans les soins qu'il aurait donné à un indigent, mort dans la suite et laissant dix orphelins. Les considérants de ce jugement que nous relevons dans la *Semaine médicale* du 25 avril, méritent d'être rapportées :

Attendu qu'à la date du 30 avril 1899, à Saint-Vaast, le sieur L..., laissant dix orphelins, est mort, à la suite des coups qui lui ont été portés, le 16 avril par son beau-fils Leroy, condamné, pour ce délit, le 17 mai 1899, par le tribunal correctionnel de Cambrai, en la peine de six mois d'emprisonnement;

Attendu que la demanderesse ès qualités attribue le décès de son mari à l'imprudence et à la négligence du sieur X..., médecin

du bureau de bienfaisance de la commune de Saint-Vaast et qu'elle demande : 1° principalement la condamnation du médecin X..., en 6.000 francs de dommages-intérêts; 2° subsidiairement et avant faire dr it, l'autorisation de rapporter, par tous moyens de droit, notamment par témoins, la preuve de certains faits articulés dans ses conclusions;

Attendu que le défenseur soutient, qu'en droit, sa responsabilité ne pouvant être engagée qu'à raison de fautes lourdes qu'il n'a pas commises, la demande principale formée contre lui n'est pas fondée, et que, en outre, les faits articulés dans les conclusions subsidiaires de la demanderesse ne sont ni pertinents ni admissibles;

Attendu que, dans le silence, sur ce point, des lois des 19 ventôse an XI et 30 novembre 1892, la responsabilité des médecins découle des principes généraux de l'article 1382 du Code civil; qu'ils doivent être déclarés responsables, non pas des erreurs qu'ils peuvent commettre de bonne foi, dans l'exercice de leur profession, mais de leur négligence et de leur légèreté, lorsque les faits qui leur sont reprochés sortent de la classe de ceux qui, par leur nature, sont exclusivement réservés aux doutes et aux discussions de la science;

Que ces principes, d'une équité parfaite et faisant au Corps médical toutes les concessions possibles, constituent la base de la responsabilité médicale, reconnue et consacrée par la jurisprudence; qu'il convient seulement de les appliquer avec discrétion pour ne pas gêner dans son application le libre exercice et les progrès de l'art de guérir;

Attendu qu'en l'espèce il ne s'agit pas pour le tribunal d'entrer dans l'examen et la discussion de théories médicales pour lesquelles il est incontestablement incompétent; qu'il y a lieu uniquement de rechercher si le médecin X..., n'a pas, en sa qualité de mandataire salarié du bureau de bienfaisance de la commune de Saint-Vaast, manqué au devoir de sa profession vis-à-vis d'un indigent, en tardant à se rendre auprès de lui, alors qu'il était sur les lieux, en négligeant de tenir compte des souffrances qu'il accusait dans la région abdominale, et en n'apportant matériellement à l'examen de son état qu'une attention distraite et insuffisante :

Attendu que le médecin, libre en théorie et abstraction faite des devoirs qu'impose l'humanité, de choisir et de restreindre sa clientèle, perd cette faculté vis-à-vis des indigents, lorsque, par suite d'un contract à titre onéreux intervenu entre lui et une commune, il accepte d'être médecin des pauvres de cette commune;

Attendu que, si certains faits articulés sont reconnus et ne peuvent, en l'état de la jurisprudence, avoir aucune importance pour la solution du litige, il en est d'autres spécifiés sous les numéros 3, 5, 6, 7, 8, 10, qui, si la preuve en était rapportée, tendraient à établir, à la charge du médecin X..., une négligence matérielle de nature à engager sa responsabilité; que la preuve de ces faits n'est pas défendue par la loi;

Par ces motifs, avant dire droit, admet la veuve L..., à prouver dans la forme des enquêtes ordinaires et par témoins, etc.

Aventures d'un faux médecin.

M. Alfred Grandcolas, âgé de 65 ans, après s'être livré à diverses industries, partit pour l'Amérique, où il obtint un diplome de docteur d'une Université transatlantique.

Venu à Paris, il tenta, en vain, de se livrer à certaines industries pseudo-médicales qui ne le conduisirent pas à la fortune. Il dut partir avec une jeune femme, Marguerite Roman, âgée de 23 ans, qu'il emmena avec lui au Mexique où il s'occupa d'affaires industrielles. Le succès ne couronna pas ses tentatives et Marguerite Roman l'abandonna, se fit rapatrier par le consul de France à Mexico, revint à Paris, s'installa dans un hôtel de la rue Lécluse et devint la maitresse d'un riche entrepreneur. Le médicastre américain ne tarda pas à revenir à Paris, à bout de ressources, et voulut reprendre la vie commune avec Marguerite Roman. Celle-ci céda d'abord, mais voulant reprendre sa liberté, Grandcolas, exaspéré, entra dans une rage folle, saisit un bistouri et en frappa plusieurs fois sa maitresse. Les garçons d'hôtel accoururent, transportèrent la jeune femme à l'hôpital Beaujon, et le pseudo-médecin fut conduit chez le commissaire de police, où il a déclaré que la jalousie et la misère étaient les mobiles de son crime. L'état de Marguerite Roman n'est pas grave. Elle en sera quitte pour quelques cicatrices très apparentes.

L'Éducation des Médecins

Un discours, prononcé le 15 janvier 1900 à une réunion solennelle de la Société médicale *Isis*, à Munich, et publié par la *Deutsche Revue*, soulève une question qui a déjà vivement occupé les esprits en France. Le Dr Büchner s'y demande qu'elle éducation on doit donner à un médecin, libérale ou pratique? Jusqu'ici, on a toujours pensé que la médecine était une carrière libérale. Mais il faut penser qu'un médecin est un personnage complexe : il est, à la fois, un savant et un praticien. Le praticien ne serait-il pas excellemment formé par une éducation purement professionnelle, où les sciences physiques et naturelles tiendraient la première place? Le Dr Büchner n'est pas de cet avis. Il combat la prépondérance des sciences naturelles par un argument qui leur est emprunté, spécieux d'ailleurs, et qui paraît nouveau « Hœckel, dit-il, a posé, comme principe de l'ontogénèse, cette loi que le développement de chaque individu était comme un raccourci de l'histoire de l'espèce. Ainsi, une science doit jouer dans l'éducation de l'un de nous le rôle qu'elle a joué dans l'éducation de l'humanité. Or, il est certain que les sciences physiques, qui sont les dernières venues..., n'ont guère servi encore à la formation de l'esprit Elles ne sauraient donc revendiquer le principal rôle dans l'éducation, même d'un médecin... » Cet argument souffre sans doute réplique. Mais il est curieux que les naturalistes considèrent la valeur éducative comme un droit historique, et que la plus nouvelle des sciences, et la plus hardie, soit en ce cas, à son propre détriment, la plus conservatrice. (*Débats.*)

NÉCROLOGIE



Le Pr Alphonse MILNE-EDWARDS.
Vice-président de l'Académie des Sciences, Directeur du Muséum d'Histoire naturelle.

Le Pr Alphonse Milne-Edwards, vice-président de l'Académie des Sciences, directeur du Muséum d'histoire naturelle, vient de mourir, à l'âge de 65 ans, des suites d'une affection organique du foie, aggravée par une attaque d'influenza.

Fils d'Henri Milne-Edwards le célèbre savant qui occupa le fauteuil de Cuvier à l'Académie des Sciences et fut aussi directeur du Muséum d'histoire naturelle, Alphonse Milne-Edwards, à l'exemple de son père consacra sa vie à l'étude de l'anatomie et de la physiologie comparées et leur nom restera indissolublement attaché à l'histoire de ces sciences. Il naquit à Paris, le 13 octobre 1835, fit ses études de médecine, devint docteur en 1859 et entra dans le laboratoire de son père en qualité d'aide-naturaliste. Professeur de zoologie à l'Ecole supérieure de Pharmacie en 1865, il remplaçait, en 1876, son illustre père dans la chaire de zoologie du Muséum d'histoire naturelle. Il était nommé en outre directeur du labo-

ratoire de zoologie à l'Ecole des Hautes-Etudes, il devenait, en 1891, directeur du Muséum d'histoire naturelle.

En 1877, Alphonse Milne-Edwards avait été admis à l'Académie des Sciences où il fut le successeur de P. Gervais, et en 1885 (l'année de la mort de son père) il était élu membre de l'Académie de Médecine, section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale.

Outre ses travaux de physiologie médicale et ses études de paléontologie, Milne-Edwards prit part, avec M. Edmond Perrier, son collègue au Muséum, à de grandes explorations scientifiques et sous-marines à bord du *Travailleur* et du *Talisman* en 1881, 1882 et 1888. Dans ces expéditions analogues inaugurées par le *Challenger* et le *Tuscavora*, MM. Milne-Edwards et Perrier purent déterminer et étudier la faune sous-marine du golfe de Gascogne, de la Corse et du fonds de l'Atlantique jusqu'au Sénégal. On sait que ces recherches ont été poursuivies et complétées sous la direction du prince de Monaco, qui fit aménager dans ce but ses yachts l'*Hirondelle* et la *Princesse Alice*. Le résultat de ses travaux d'exploration valut au professeur du Muséum la grande médaille d'or de la Société de Géographie de Paris.

Alphonse Milne-Edwards avait hérité des qualités de son père; comme lui, il fut un savant scrupuleux, enregistrant les faits, décrivant méthodiquement les espèces, évitant les hypothèses et se défiant des théories brillantes aussi séduisantes que peu stables. Comme directeur du Muséum, il sut joindre à une grande autorité une bienveillance sans égale qui lui valut l'affection de tous, depuis les professeurs, ses collègues, jusqu'au plus humble des employés du Jardin des Plantes. C'est surtout parmi ces derniers qui, dans les moments de détresse, pouvaient apprécier la discrète et utile philanthropie de leur directeur, que la mort du professeur Alphonse Milne-Edwards causera les plus sincères et les plus profonds regrets. J. NOIR.

Parmi les nombreux travaux d'Alphonse Milne-Edwards, nous signalerons les suivants :

Recherches anatomiques, zoologiques et paléontologiques sur la famille des chevrotains, 1864 ; *Histoire des crustacés podophtalmaires fossiles*, 1865 ; *Recherches anatomiques et paléontologiques pour servir à l'histoire des oiseaux fossiles de la France*, 1866 ; *Recherches sur la faune ornithologique éteinte des îles Mascareignes et de Madagascar* ; *Eléments d'histoire naturelle des animaux*, 1881 ; *Expéditions scientifiques du* Travailleur *et du* Talisman *pendant les années* 1881, 1882 et 1888 ; les chapitres traitant des mammifères et des oiseaux de l'*Histoire physique naturelle et politique de Madagascar de M. Grandidier*, etc , etc.

Les obsèques du Pr A. Milne-Edwards ont eu lieu le mercredi, 25 avril, à midi, au milieu d'une grande affluence d'universitaires et de savants. Le défunt était commandeur de la Légion d'honneur, les honneurs militaires ont été rendus par un détachement du 130e régiment d'infanterie. Tout le personnel du Muséum, des délégations de l'Académie des Sciences, de l'Académie de Médecine, de l'Ecole de Pharmacie, de la Société de Géographie, de la Société d'Agriculture, etc., prenaient rang dans le cortège. Le Président de la République s'était fait représenter et M. Leygues, Ministre de l'Instruction publique, accompagné de M. Liard, directeur de l'enseignement supérieur, assistaient aux obsèques. L'inhumation a eu lieu au cimetière Montparnasse. M. le Ministre Leygues, M. Maurice Lœvy, au nom de l'Académie des Sciences ; M. Filhol, au nom de l'Institut; M. Gaudry, au nom des professeurs du Muséum; M. Moissan, au nom de l'Ecole de Pharmacie, M. Hutinel, au nom de l'Académie de Médecine; M. Louis Passy, au nom de la Société d'Agriculture ; M. Hulot, au nom de la Société de Géographie ; M. Oustalet, au nom des assistants du laboratoire de zoologie, ont, dans leurs discours, apporté au défunt leur tribut d'éloges et de regrets.

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — Le Dr L. R. REYNIER, chef du laboratoire d'électrothérapie et de radiographie de la Charité, commencera ses conférences de radiologie, le dimanche 6 mai, à 10 heures du matin, au laboratoire et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

FORMULES

XXIII. — Contre les vers intestinaux.

Spagélie du Maryland.	15 grammes.
Séné	15 —
Jalap pulvérisé.	2 —
Semences de cardamone.	2 —
Bitartrate de potasse.	4 —
Extrait de réglisse.	8 —
Eau bouillante	200 —

On fera infuser, durant une heure, on passera et donnera ensuite par cuillerées à soupe. (Cox).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 15 avril au samedi 21 avril 1900, les naissances ont été au nombre de 1151 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 395, illégitimes, 185. Total, 580. — *Sexe féminin* : légitimes, 409, illégitimes, 162. Total, 571.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1896 : 2 511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 15 avril au samedi 21 avril 1900, les décès ont été au nombre de 1015, savoir : 551 hommes et 464 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 4, F. 5. T. 9. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole: M 15, F. 9, T. 24. — Scarlatine : M. 1, F. 0, T. 1. — Coqueluche : M. 3, F. 1, T. 4. — Diphtérie. Croup : M. 3, F. 4, T. 7. — Grippe : M. 4, F. 1, T. 5. — Phtisie pulmonaire : M. 158, F. 80, T. 238. — Méningite tuberculeuse : M. 11, F. 11, T. 22. — Autres tuberculoses : M. 20, F. 9, T. 29. — Tumeurs cancéreuses : M. 18, F. 37, T. 55. — Tumeurs autres : M. 0, F. 3, T. 3. — Méningite simple : M. 13, F. 10, T. 23. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 19, F. 18, T. 37. — Paralysie, M. 4. F. 8, T. 12. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 5, T. 9. — Maladies organiques du cœur : M. 28, F. 31, T. 59. — Bronchite aiguë : M. 5, F. 1, T. 6. — Bronchite chronique : M. 8, F. 19, T. 27. — Broncho-pneumonie : M. 39, F. 22, T. 61. — Pneumonie : M. 30, F. 24, T. 54. — Autres affections de l'appareil respiratoire: M. 21, F. 32, T. 53. — Gastro-entérite, biberon : M. 10, F. 7, T. 17. — Gastro-entérite, sein : M. 5, F. 4, T. 9. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 2, F. 1, T. 3. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 1, T. 2. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Débilité congénitale : M. 11, F. 12, T. 23. — Sénilité : M. 6, F. 37, T. 43. — Suicides : M. 11, F. 1, T. 12. — Autres morts violentes : M. 11, F. 3, T. 14. — Autres causes de mort: M. 81, F. 62, T. 143. — Causes restées inconnues : M. 5, F. 3, T. 8.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 75, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 29, illégitimes, 17. Total : 46. — *Sexe féminin* : légitimes, 16, illégitimes, 13. Total : 29.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Cours de laryngologie, rhinologie et otologie.* — M. le Dr CASTEX, chargé de cours complémentaire, commencera son cours, à l'amphithéâtre Cruvilhier (Ecole pratique), le mardi premier mai 1900, à 3 heures, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

ECOLE DE MÉDECINE DE LYON. — M. le Dr J. Nicolas est nommé, jusqu'à la fin de la présente année scolaire, chef des travaux de médecine expérimentale et comparée.

ECOLE DE MÉDECINE D'ANGERS. — M. le Dr Martin, suppléant est chargé d'un cours d'histologie pendant la durée du congé accordé à M. Bahuaud (jusqu'au 31 mars 1901).

ECOLE DE MÉDECINE DE LIMOGES. — M. le Dr Eymeri, suppléant, est chargé d'un cours de physiologie pendant la durée du congé accordé à M. Thouvenet (jusqu'au 28 février 1901).

ECOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — M. le Dr Platon, est nommé chef de clinique obstétricale.

CONCOURS POUR LE PROSECTORAT. — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le 25 mai 1900. MM. les aides d'anatomie sont seul admis à prendre part à ce concours. Le registre d'inscription est ouvert jusqu'au 12 mai.

CONCOURS POUR L'ADJUVAT. — Un concours pour cinq places d'anatomie s'ouvrira le 14 mai 1900. Tous les élèves docteurs de la Faculté, Français ou naturalisés Français, sont admis à prendre

part à ce concours. Le registre d'inscription est ouvert jusqu'au 5 mai.

Muséum d'Histoire naturelle. — M. Stanislas Meunier, professeur au Muséum d'Histoire naturelle, a commencé le mardi 24 avril 1900, à 5 heures, dans l'Amphithéâtre de géologie, au Jardin des Plantes, et continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure, un cours relatif à l'*Histoire des progrès successifs qui ont procuré les données acquises sur l'origine des formations géologiques.*

Cours de botanique. (Classifications et familles naturelles.) — M. Edouard Bureau, professeur, commencera les leçons sur les familles naturelles le vendredi 4 mai 1900, à 1 heure, dans la salle de cours, rue de Buffon, n° 63, et les continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure. Le professeur étudiera les familles dicotylédones gamopétales. Les mercredis, à 1 heure, il traitera de l'origine et de la succession des fleurs, dans l'Amphithéâtre de la galerie de géologie. Des herborisations seront annoncées par des affiches particulières.

Distinctions honorifiques. — Nous sommes heureux d'annoncer la promotion au grade d'officier, dans l'Ordre national de la Légion d'honneur, de M. le Dr Gilles de La Tourette, médecin en chef de l'Exposition de 1900. Nos félicitations sincères à notre distingué confrère. (N. D. L. R.)

Remplacements médicaux. — L'Association générale des Etudiants de Paris a l'honneur d'informer MM. les Docteurs qu'elle possède un service de remplacements en parfait fonctionnement et qu'elle se tient à leur entière disposition pour tous les remplacements et toutes les gardes de malades. — S'adresser au Président de la section de Médecine, à l'Association générale des Etudiants de Paris, 43, rue des Ecoles, Paris.

Les étudiants en Turquie. — Les étudiants de l'Ecole de Médecine militaire de Stamboul, mécontents du système de surveillance, se sont révoltés lundi soir. Quatre-vingt-dix d'entre eux ont été arrêtés et passeront devant le conseil de guerre. (*Temps.*)

Hopitaux de Paris. — *Cours de médecine opératoire.* (Amphithéatre d'anatomie.) — MM. les internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les cours de médecine opératoire ont commencé le lundi 23 avril 1900, sous la direction de M. le Dr Quénu. Des conférences sur l'histologie pathologique continueront à être faites par M. le Dr Macaigne, chef du laboratoire. MM. les élèves seront chaque jour exercés au maniement du microscope.

Encore un empoisonnement médicamenteux. — On annonce de Cannes, que les époux Avignon, ayant laissé leurs fillettes Marie-Madeleine, âgée de quatre ans, et Philomène, âgée de deux mois, seules à la maison, trouvèrent en entrant cette dernière morte. Sa sœur, croyant bien faire, avait, pour la calmer fait boire à l'enfant de la benzine.

Libéralités aux hospices. — M. Godeliez Bolvir, qui vient de mourir à l'âge de quatre-vingt-sept ans, a laissé une somme de deux millions aux hospices de Cambrai. Indépendamment de cette somme, le généreux testateur a donné à la ville deux vastes habitations, afin d'y construire une maison de refuge pour les dames agées dans une situation digne d'intérêt. (*Le Temps* du 22 avril 1900.)

Service de Santé militaire. — Le médecin principal de 1re classe Richard, professeur à l'école du Val-de-Grâce, est nommé membre du comité technique de santé, en remplacement du médecin inspecteur Robert, nommé directeur du service de santé du 19e corps d'armée. (*Le Temps* du 14 avril 1900).

Medecine navale. — Le *prix de médecine navale* pour l'année 1899, a été décerné à M. Bourdon, pharmacien principal à Cherbourg, pour son rapport sur le fonctionnement du laboratoire de radiographie à l'hôpital maritime de Rochefort. En outre, un témoignage officiel de satisfaction, pour leur rapport d'inspection générale en 1899, a été accordé à : MM. Ambiel, médecin principal; Barthélemy, médecin de 1re classe, Bourdon, médecin de 1re classe; Jourdan, médecin de 1re classe; Machemaud, medecin principal; Ortal, médecin principal; Thémoin, médecin principal.

Centenaire. — Il vient de mourir à Bazas une demoiselle Anne Sarraute, dite Nichon, qui avait dépassé cent ans, étant née le 7 nivose an III. Jusqu'à ses derniers jours, la vénérable demoiselle tricotait et enfilait ses aiguilles sans lunettes. (*Le Temps* du 10 avril 1900).

La malle couveuse. — La Cour d'assises de la Seine, vient d'acquitter Léontine Neveu, accusée de tentative d'infanticide. Elle avait caché son enfant nouveau-né venu à 7 mois dans une malle, où on le retrouva vivant. Le lendemain la malle avait fait l'office de couveuse, et avait sauvé la vie à l'enfant qui n'aurait sans doute pas vécu étant né avant terme. — Tous les faits de ce genre ou relatifs aux aliénés, empruntés aux journaux politiques, contiennent les noms et prénoms des *malheureux*, des *malades* ou des *criminels* (?) dont on parle. Mais il est des gens, des administrateurs, des magistrats qui blâment ou condamnent les médecins qui, après les journaux politiques, publient, même en abrégé, dans des journaux de médecine le nom des malades. C'est là un indice d'une drôle de mentalité et d'une véritable hypocrisie.

Les religieuses hospitalières. — Sous ce titre : *Intolérance*, le *Journal de Seine-et-Oise*, dans un de ses derniers numéros, a publié le récit suivant : « Le maire de Laigle (Orne) procède en ce moment à une enquête sur un fait scandaleux qui s'est passé à l'hospice. Un libre penseur, M. L. Hervieu, étant décédé dans cet établissement, sans avoir voulu écouter le boniment des bonnes sœurs, ses amis, exécuteurs de ses dernières volontés, réclamèrent un enterrement civil. Les religieuses, furieuses, décidèrent que la cérémonie aurait lieu à 9 h. 1/2 du matin : mais lorsque les amis arrivèrent pour l'enterrement, ils apprirent que le corps avait été enlevé à 9 h. moins le quart ! Comme on protestait auprès de la supérieure, celle-ci répondit : « Puisque ce monstre est mort seul, il partira seul. » — Il nous semble que l'enquête promise par le maire ne doit pas être longue à faire, et que la suppression des bonnes sœurs s'impose. »

Chronique des Hôpitaux.

Hôpital de la Pitié. — M. le Dr Babinsky reprendra ses conférences cliniques sur les *Maladies du système nerveux*, le samedi 28 avril, et les continuera les samedis suivants.

Hôpital Saint-Louis. — Le Dr Du Castel, conférences cliniques le samedi à 1 h. 1/2. A 1 h. 1/2 consultation externe. A 2 h. 1/2 conférence clinique dans la salle des conférences.

Leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques. — M. Hallopeau, salle des conférences, le dimanche, à 9 heures et demie du matin.

Hospice de la Salpêtrière. — *Cours de clinique des maladies du système nerveux.* — M. le Pr Raymond : vendredis et mardis, à 10 heures.

Clinique Tarnier. — *Clinique d'accouchement et de gynécologie.* — M. le Pr Budin : mardi et samedi, à 9 heures. — *Ordre du cours* : mardi et samedi, leçons à l'Amphithéâtre ; visite des malades tous les matins, à 9 heures. — Dirigeront les exercices pratiques : M. le Dr Schwaab, chef de clinique ; MM. les Drs Dubrisay et Chavanne, anciens chefs de clinique ; MM. Galippe, Nicloux, Macé et Bouchacourt, attachés aux laboratoires ; MM. les Drs Perret, Planchon, Thoyer-Rozat, Chéron et Glaize, moniteurs.

Hopital Saint-Antoine. — *Clinique des affections du système nerveux.* — M. Gilbert Ballet, leçons cliniques sur les affections du système nerveux et la pathologie mentale, (Amphithéâtre de la clinique de la Faculté), le dimanche, à 10 heures.

Hospice de Bicêtre. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. Bourneville, samedi à 9 h. 1/2. Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée) ; présentation de cas cliniques, etc. — *Service de* M. le Dr P. Marie. Le service de l'infirmerie de Bicêtre comprend un grand nombre de malades atteints d'affections chroniques et particulièrement d'affections du système nerveux. Ce service est ouvert aux étudiants et le samedi a lieu, à 9 h. 1/2, une visite générale au cours de laquelle le Dr Pierre Marie présente les malades les plus intéressants.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

XXIXe ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XI. N° 18. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 5 MAI 1900.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

La résection du nerf maxillaire supérieur;

Par le Dr René BELIN.

De tous les procédés opératoires recommandés comme traitement des névralgies, rebelles à toute action thérapeutique d'ordre médical, un seul aujourd'hui a survécu : la *névrectomie*, c'est-à-dire la section du nerf combiné à l'*arrachement* d'une certaine longueur du nerf. La *névrotomie*, simple section du nerf, dont la technique est fidèlement exposée, pour chaque nerf en particulier, par Letiévant (de Lyon) (1), est définitivement abandonnée, à cause des insuccès dus à la régénération rapide des éléments nerveux après la section. L'élongation, pratiquée pour la première fois par Nüssbaum en 1869, consiste en des tractions d'une force proportionnée au diamètre du nerf malade dans le but d'en dissocier les éléments. Malgré quelques succès publiés, les instruments spéciaux (élongateurs) proposés par Nicaise et Gillette, instruments permettant le contrôle de la force employée; malgré l'autorité de Billroth qui en est resté partisan convaincu, cette méthode est presque généralement tombée dans l'oubli. Elle doit être, en tous cas, réservée au traitement des nerfs mixtes, ceux des membres spécialement, dont l'arrachement serait forcément suivi de troubles graves de la motilité. La *névrectomie avec arrachement*, véritable exérèse nerveuse a été imaginée par Thiersh qui a en réglé la technique. Cet auteur a fait construire, dans ce but, une pince spéciale, à mors à la fois fins et très puissants, qui est l'instrument de choix pour ce genre d'interventions. Cette méthode a été successivement appliquée à certains nerfs de la face, le frontal, le maxillaire supérieur, le nerf buccal, le dentaire inférieur, le mentonnier, etc.

A la suite de récidives ou pour des névralgies très intenses, l'intervention doit porter, non seulement sur les troncs nerveux, mais encore sur les ganglions dont ils émanent (2). Horsley, Doyen, Krause, Rose, O. Jacob (1), ont proposé diverses techniques pour l'extirpation du ganglion de *Gasser*, Lossen-Braun, Chalot, Segond (2), pour l'extirpation du ganglion de *Meckel*, ou *sphéno-palatin*. Le procédé de Lossen et Braun, que Chalot a fait connaître en France, a été pratiquée avec succès et vulgarisé par M. Segond. C'est donc en toute justice que ce procédé est désigné sous le nom de procédé Lossen-Braun, Segond (3). Voici comment il est décrit par Chalot (4).

Résection temporaire de la majeure partie de l'os malaire. Incision verticale de l'angle palpébral externe, descendant obliquement jusqu'au bord inférieur de l'os malaire. Branchée sur cette première incision, en faire une deuxième se portant en arrière jusqu'à la base de l'apophyse zygomatique (hémostase de plusieurs branches de l'artère temporale superficielle). Passer la scie à chaîne derrière l'os malaire, à moins que l'on n'emploie la scie passe-partout d'Ollier, ou le ciseau frappé. Renverser le segment malaire en dehors et en bas, en fracturant l'arcade zygomatique. La fosse zygomato-malaire ainsi à découvert, la débarrasser de tissu graisseux au moyen d'une pince et de la sonde cannelée. Refouler vigoureusement le temporal en arrière, pour se donner du jour. Reconnaître la fosse ptérygo-maxillaire. Charger le nerf avec un crochet à strabisme et l'attirer au dehors. On le *voit* à ce moment et il est facile de le couper avec un ténotome pointu, et de l'arracher avec une pince de Thiersh.

Relever le lambeau ostéoplastique, suturer l'os au moyen de deux soies perdues, suturer la peau sans drainage.

En même temps que la méthode de Segond ont paru des sous-procédés que je ne cite que pour mémoire. Ce sont les procédés de Lucke, qui désinsère le masséter; Seriba (5) qui sépare à la scie le malaire et le maxillaire supérieure et entame au ciseau les bords de la fissure orbitaire inférieure, en suivant le nerf sous-orbitaire jusqu'au trou grand rond, Carnochan qui attaque le nerf maxillaire au travers du sinus maxillaire. Ces méthodes ont toutes le défaut d'augmenter encore le délabrement du squelette facial et de prolon-

(1) Letiévant. — Traité des sections nerveuses.
(2) Schwartz. — *In* traité de chirurgie clinique, 1887, Baillière.

(1) O. Jacob — Un nouveau procédé d'extirp. du ganglion de Gasser. *Rev. de Chirurg.* 1899.
(2) Segond. — Congrès de chir., 1890.
(3) Segond. — Congrès franç. de Chirurg., 1890, p. 662.
(4) Chalot. — Traité de médecine opératoire, Doin, 1893.
(5) Seriba. — V. *Zeitschrift fur Chir.*, XXII, 510, 1885.

ger d'autant la guérison définitive. Le procédé Lossen-Braun, Segond, préféré par la plupart des chirurgiens a été exécuté dès son apparition, cinq fois par Czerny, quatre fois par Madelung, quatre fois également par Tillmans, trois fois par Chalot, trois fois par Segond et par nombre de chirurgiens, dont les observations n'ont pas été publiées.

Moi-même, j'ai eu occasion de le pratiquer une fois chez une femme de 34 ans; et s'il est inexact qu'il permet aisément de *voir*, du moins peut-on affirmer que le jour que donne à l'opérateur la résection temporaire de l'os malaire permet d'accrocher le nerf sans difficulté, et d'éviter les vaisseaux à coup sûr.

On a fait à ce procédé une critique sérieuse, celle de la difficulté de la mastication, chez les opérés, difficulté qui dans certaines observations a dépassé 4 à 5 mois. On lui a reproché l'importance de l'intervention et la difformité des cicatrices; ces deux dernières objections n'ont pas grande valeur en l'espèce.

Le 12 avril 1899, M. Poirier a communiqué à la *Société de Chirurgie* (1), un nouveau procédé, c'est celui que j'ai employé dans l'observation qui suit : ce procédé est basé sur les trois considérations anatomiques suivantes : 1° *normalement, le contour supérieur de la fente ptérygo-maxillaire s'élève à quelques millimètres, deux à six, au-dessus du plan horizontal rasant le bord supérieur de l'arc zygomato-malaire;* 2° *l'aile externe de l'apophyse ptérygoïde et la fente ptérygo-maxillaire sont en moyenne à 4 centimètres de l'arcade zygomatique*; 3° *toujours la fente ptérygo-maxillaire est sur la perpendiculaire à l'axe zygomatique passant par l'articulation temporo-maxillaire, c'est-à-dire à un centimètre en arrière de l'angle formé par l'axe zygomatique et l'apophyse orbitaire externe du malaire.*

Le procédé consiste :

1° A découvrir le nerf sous-orbitaire par une incision spéciale, à le charger sur un fil et à le lier.

2° A chercher et couper le nerf maxillaire supérieur non après résection temporaire de l'os malaire et d'une portion du zygoma, comme dans le procédé Lossen-Braun-Segond, mais à travers les fibres du temporal et du ptérygoïdien externe jusqu'à l'aile externe de l'apophyse ptérygoïde et, de là, dans la fosse ptérygo-maxillaire. Voici quels sont les divers temps de cette opération : incision de 4 centim. perpendiculaire à l'arc zygomatique au niveau de l'articulation temporo-malaire (éviter l'artère temporale). Section de l'aponévrose temporale, qui doit être légèrement désinsérée à droite et à gauche. Enfoncer une petite rugine gouge, tenue toujours perpendiculaire à l'arc zygomatique, en lui frayant chemin à travers les fibres du temporal, et plus tard du ptérygoïdien externe jusqu'au contact, nettement perçu, de l'aile externe de l'apophyse ptérygoïde et ensuite de la fosse ptérygo-maxillaire. Remplacer la rugine par une sonde qui touchera sûrement le nerf maxillaire supérieur. Abaisser plusieurs fois le nerf, en le redressant au fur et à mesure à l'aide du fil qui étreint le nerf sous-orbitaire pour libérer le nerf de plus en plus. Glisser le long du crochet une pince fine et couper le nerf dans la fosse ptérygo-maxillaire. L'extraire ensuite par simple traction sur le fil sous-orbitaire.

J'ai employé ce procédé pour la première fois le 21 novembre 1899, avec un plein succès.

OBSERVATION. — M. Petit X..., 51 ans, atteint depuis deux ans de névralgie, atrocement rebelle à tout traitement médical. Je propose une intervention à ce malade qui l'accepte avec empressement, résolu qu'il était à être débarrassé à tout prix des souffrances qui le torturaient. Je lui pratiquai, à la maison Ambroise-Paré, avec l'assistance des Drs Beltz, Rochebois, de Saineville et de Lonchamp, la résection du nerf maxillaire supérieur par le procédé décrit par M. Poirier. Tous les temps de sa technique ont été rigoureusement suivis, sauf l'emploi de la rugine-gouge que je ne possède pas et que j'ai remplacée par une petite gouge droite de 1 mm. 1/2 de largeur et avec laquelle j'ai terminé l'opération sans avoir à introduire d'autres instruments successivement. D'autre part je n'ai pu, sans doute pour cette raison, pratiquer le mouvement de va-et-vient entre le nerf maxillaire supérieur dans la fosse, et le fil placé à sa sortie par le trou sous-orbitaire. Je me suis contenté de confier ce fil à mon assistant, en le priant d'exercer parallèlement au canal sous-orbitaire une traction continue et modérée. Dès que le nerf a été coupé par la gouge, il a obéi à cette traction et a suivi le fil hors du canal sous-orbitaire.

L'opération a duré en tout 40 minutes.

Les suites ont été normales, le malade a craché un peu de sang pendant les 36 premières heures, l'œil a présenté un léger degré de conjonctivite, mais dès le troisième jour toute douleur avait totalement disparu.



Fig. 15.

Le cliché ci-joint, d'après une photographie prise le 1er décembre soit dix jours après l'intervention montre à quel degré minime se réduit la cicatrice de la face et encore est-elle plus apparente qu'elle ne l'est en réalité à cause de l'épaisse couche de collodion iodoformé que par prudence j'avais substituée au premier pansement. M. le Dr Chipault qui a vu ce malade le cinquième jour pourrait affirmer que la cicatrice était à peine visible, après l'enlèvement des fils. La mastication a toujours été parfaite malgré la dissociation des fibres musculaires, réelle sur 12 mm. environ.

Le procédé de M. Poirier est donc un procédé de choix pour la névrectomie du maxillaire supérieur, il est d'autant plus logique de le tenter qu'en cas d'échec il serait facile, en tirant en haut une deuxième incision perpendiculaire à la première de se donner du jour par la résection temporaire de l'os malaire et d'utiliser la voie parfaitement sûre du procédé Lossen-Braun-Segond.

(1) *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1899, n° 14.

ERNEST HAECKEL MÉDECIN. — M. Maurice Muret, dans le *Débats*, fait l'analyse d'un livre de W. Bölsche sur Ernest Haeckel, le grand naturaliste. Nous y détachons l'anecdote suivante. La philosophie est une vocation, mais ce n'est pas une carrière. Les parents d'Ernest Haeckel désiraient voir leur fils embrasser une profession déterminée. Haeckel fit selon leurs vœux. Il prit son grade de docteur, puis ouvrit à Wurzbourg un cabinet médical. Sur la porte était clouée une pancarte avec ces mots : « Heures de consultation : tous les matins, de cinq à six. » Pendant la première année, — la seule, — où il exerça l'art médical, Haeckel prodigua ses soins à trois clients : « Aucun d'eux, dit-il, n'est mort par ma faute. »

CLINIQUE MÉDICALE

Hémorragies post-partum guéries par simple drainage et suivies d'une psychose;

Par le Dr C. ZALACKAS.
ancien interne des hôpitaux d'Oran.

Les hémorragies consécutives à un accouchement ou à un avortement sont assez fréquentes pour qu'on veuille insister sur leurs dangers et le traitement qu'il faut faire pour éviter tout ennui quelquefois même une issue fatale en parail cas; aussi nous croyons superflu d'indiquer les différents modes de traitements qui leur sont dus; nous envoyons le lecteur à leur chapitre respectif. Mais ce qui rend l'observation intéressante c'est que ces hémorragies sont guéries par le simple drainage sans curettage préalable et de plus sont suivies d'une psychose. L'observation suivante en fait foi.

Aline C..., 21 ans de solide complexion bien qu'un peu lymphatique et nerveuse, tailleuse en robe, de profession. Aucune tare héréditaire, pas de maladie antérieure; réglée à 13 ans, menstrues avançaient toujours de 3 à 4 jours, pas d'aménorhée non plus de dysménorrhée, quelques douleurs seulement du côté gauche au moment de l'apparition, peu abondante et durant 5 à 6 jours.

Cet état des choses dura jusqu'à l'âge de 18 ans époque à laquelle remonte son mariage, dès lors les menstrues deviennent de plus en plus douloureuses suivies de nausées, de céphalées intenses et des pertes blanches; dernières menstrues le 10 décembre 1899 cette fois accompagnées de douleurs lombaires s'irradiant vers le sacrum avec pesanteur aux cuisses: ces douleurs se renouvelaient plusieurs fois par jour et ne se calmaient qu'un peu par le repos au lit; au toucher à cette époque on constatait un utérus dur, mobile, les annexes gauches étaient très douloureuse. Comme on le voit l'appareil ovarien laissait à désirer ce qui indique une insuffisance de ce côté là; quant aux autres appareils ils fonctionnaient assez bien.

Le 5 *mars* dernier, la malade, à la suite de longues fatigues et de surmenage dans son travail (machine à coudre) a fait une fausse couche de trois mois exactement. Des hémorragies intenses s'en suivirent; l'état général de la malade périclita et des troubles psychiques bientôt apparurent tels que: impressionnabilité, caractère très irritable, mélancolie, affaiblissement de la mémoire, tristesse et prédominance des idées hypocondriaques; notre premier devoir fut d'arrêter ces hémorragies qui pour ainsi dire étaient le point de départ de ces troubles psychiques; nous y sommes parvenu en faisant du drainage de la manière suivante. Après une bonne irrigation au phésiosalyl (1/1.000) nous avons introduit dans la cavité utérine une longue mèche de gaze trempée dans la glycérine iodoformée; le lendemain voyant que l'état de la malade s'améliorait nous renouvelâmes le même pansement; au quatrième pansement les hémorragies se sont arrêtées, mais les phénomènes psychiques persistaient; nous avons continué la même opération pendant douze jours et notre malade se trouva parfaitement rétablie.

Il en résulte donc que le curettage ne doit pas toujours être fait à brûle-pourpoint mais la plupart du temps un drainage de la cavité utérine suffit pour arrêter ces hémorragies. Le curettage ne doit être fait que lorsque ces hémorragies persistent malgré le drainage de la cavité utérine, ce qui fera supposer que quelques morceaux du placenta sont restés dans l'utérus.

En ce qui concerne ces troubles psychiques, ils sont dus au trauma que l'utérus a subi; du reste les psychoses post-puerpurales ont été assez souvent remarquées pour que nous voulions insister sur ce chapitre. Notons seulement, en passant, que les psychoses post-opératoires forment une question qui est encore à l'ordre du jour et des recherches doivent être faites pour éclaircir ce fait, surtout au point de vue pathogénique. Cependant il nous semble qu'il doit exister un état psychique anté-opératoire, lequel parfois est tellement intense que les patients commencent à délirer, à noter même la manie et la folie hypocondriaque. Cette question est connue dès le début de ce siècle, mais il paraît que depuis une quinzaine d'années, les aliénistes s'en sont spécialement préoccupés. En France, c'est Dupuytren qui a décrit le premier le délire nerveux, en 1819, qui a été transformé et modifié par Courty (de Montpellier), en 1865; ce dernier relate le cas d'une malade qui, après double castration des ovaires, a été atteinte de manie aiguë; depuis lors, les mémoires se sont succédé, surtout à l'étranger et des discussions très sérieuses ont été soulevées dans les différentes sociétés savantes. La nomenclature de ces mémoires et travaux a été faite à plusieurs reprises *in extenso* dans les thèses récentes, parmi lesquelles nous nous bournerons à signaler les plus importantes: la thèse de Dénis élève du professeur Mairet (de Montpellier, 1889), celle de Véne (de Paris, 1891), celle de Musin (de Lille, 1895), celle de Seligman (de Nancy, 1896), etc., mais le plus important c'est le mémoire de M. Picqué chirurgien de l'asile Saint-Anne (Seine), présenté à la séance de la Société de Chirurgie, du 23 février 1898.

Comme le dit avec juste raison M. Picqué, la plupart des chirurgiens se sont bornés à considérer l'acte opératoire comme une cause à effet; je ne veux pas dire par là que l'opération n'est pour rien dans le délire psychique, mais il s'en faut de beaucoup pour lui attribuer un rôle si important, car, comme nous avons dit plus haut, il existe un état psychique anté-opératoire; de même l'importance qu'on ajoute aux psychoses post-opératoires, consécutives aux opérations gynécologiques dont se préoccupent Séligman dans sa thèse inaugurale et d'autres chirurgiens: Combien de fois a passé inaperçu cet état psychique dans lequel le patient se trouve avant l'opération? Nous voulons parler de la phobie anté-opératoire; le patient, dès qu'il apprend que son état nécessite une intervention chirurgicale, se trouve en proie à une grande terreur, parce qu'il a peur de l'opération, il craint qu'il n'y ait pas de survie; rien que l'idée d'être anesthésié lui donne une frayeur épouvantable; cet état psychique qui dure longtemps après l'opération (je puis même dire, jusqu'à la guérison complète du patient) faut-il l'attribuer à l'opération? Evidemment non.

Mais il y a d'autres faits qui nous ont énormément frappé, entre certaines observations qui, à vrai dire, constituent de véritables plaidoyers contre l'extension croissante de la chirurgie; ces observations dénotent un manque de rigueur scientifique, elles sont même insuffisantes et laissent ainsi trop de place à la critique. Alors on voit les médecins et les psychologues d'un côté s'empresser d'aggraver la responsabilité de l'intervention chirurgicale, dans la genèse des différents phénomènes psychiques; de l'autre côté les gynécologistes admettent une connexité très étendue entre les psychoses et les opérations qui portent sur l'appareil génital.

L'anesthésie générale soit la chloroformisation, soit l'éthérisation (cette dernière moins) n'est-elle pas la cause d'une psychose qu'on peut attribuer par erreur à l'acte opératoire? De même que l'intoxication par iodoforme ne semble-t-elle pas être un agent capable de produire chez un malade un état psychique qu'on peut facilement et par mégarde attribuer à l'acte opératoire?

La septicémie n'occasionne-t-elle pas parfois un certain délire qui a été maintes fois rangé parmi les psychoses post-opératoires? Certaines causes extérieures d'ordre moral n'influent-elles pas sur l'état psychique du patient? Evidemment, oui.

Alors la question se pose : *Comment pourrait-on diagnostequer les différents groupes de ces délires où de ces psychoses post-opératoires* : 1° En faisant un interrogatoire complet et en s'appuyant, surtout, sur la séméiologie du délire lui-même, qui a été si souvent négligée dans la plupart des observations; 2° quelle est la cause qui fait délirer le malade; 3° sous quelle forme se présente ce délire; 4° indiquer le genre de l'opération pratiquées. Acet interrogatoire détaillé, le médecin doit tenir compte des antécédents héréditaires du malade et surtout de ses antécédents personnels, si le malade avant son opération avait des crises épileptiformes ou une névrose quelconque, signaler l'existence de la fièvre qui a été si souvent passée sous silence par les auteurs. C'est avec de pareils arguments qu'une observation peut être considérée comme un document scientifique; c'est dans ces conditions qu'on a le droit de discuter l'existence et étudier la forme d'une psychose post-opératoire.

Ceci posé, étudions maintenant quelle est la pathogénie et la genèse de ces délires. Et d'abord pourquoi le malade délire-t-il après l'opération? En nous appuyant sur les considérations mentionnées ci-dessus, nous pouvons étudier, comme nous l'avons dit précédemment, 1° le délire toxique qui nous est fourni par le délire alcoolique que Dupuytren a séparé du délire nerveux et qui a été injustement confondu avec ce dernier par Bilroth, les P[rs] Verneuil, Broca et Festal; 2° le délire consécutif à une intoxication médicamenteuse, iodoforme et chloroforme; quant au premier, quoique son importance a été par trop exagérée (Le Dentu), il semble aujourd'hui bien établi : en ce qui concerne le second, nous ne pouvons affirmer d'une façon certaine et formelle son apparition, car les observations nous manquent; cependant chez quelques malades après le réveil, il existe, pendant quelques heures, un état délirant en présence duquel on se trouve perplexe, qu'on ne sait pas s'il faut l'attribuer à la chloroformisation ou à l'acte opératoire, tellement tous deux se suivent de près. A notre avis, tant que de nouveaux témoignages ne viendront pas confirmer l'existence indépendante de ce délire, ce dernier doit rester comme simple illusion; 3° le délire consécutif à la septicémie est caractérisé par l'ascension thermique, surtout les septicémies chirurgicales; seulement il est bien étonnant que des observations expérimentées aient pu confondre (Dent) même assez souvent avec les vraies vésanies; 4° le délire d'origine médicale consécutif à une maladie antérieure (délire brightique) exception est faite des centres nerveux. Ainsi donc nous arrivons aux psychoses consécutives au trauma. Celles-ci peuvent se produire à la suite d'une opération, même à la suite de la plus simple; M. Picqué cite le cas d'une malade opérée, pour une tumeur bénigne du rein, par le P[r] Richet : aussitôt après l'opération, une manie aiguë se déclara et qui disparut après quelques jours. Comme on le voit on est trop loin d'attribuer une si grande importance aux opérations gynécologiques comme prédisposant aux psychoses. Dent, Le Dentec et surtout Séligmann (de Nancy), croient que tous les troubles psychiques doivent être considérés comme émanant de l'acte opératoire; ceci est trop absolu.

Existe-t-il, oui ou non, une psychose symphatique, consécutive à l'intervention chirurgicale ainsi que Dent l'admet? Nous ne voulons pas boire plus haut que nos lèvres, car en agissant autrement nous cotoyons les vastes champs de l'aliénation mentale, question qui n'est nullement de notre compétence; nous nous bornons seulement à signaler cet état des psychoses chez les enfants, les vieillards, chez les hystériques, chez les prédisposés héréditaires, etc., etc., etc. Le moment de ces troubles psychiques apparaissent du deuxième au sixième jour le plus souvent, très rarement le vingtième jour, qui sont l'opération; du reste, ces excitations disparaissent aussi vite qu'elles ont disparu, mais parfois et ceci est une exception, ils passent à l'état chronique et c'est alors que nous rencontrons, dans les asiles d'aliénés, ces malades qui du reste ont encore la chance d'être guéris. Ces psychoses sont consécutives aux amputations, à la castration, au varicocèle ayant entraîné l'atrophie du testicule. Je me rappelle du temps que j'étais attaché au service du P[r] Tédenat à Montpellier, comme aide de clinique chirurgicale, le suivant : Il s'agissait d'un homme de 48 ans (Villa Garnier), atteint d'un épithéliome de la verge et envahissant toute la bourse et les testicules; l'ablation totale des organes génitaux proposée fut accepté par le malade : vingt-huit jours après il quittait le service du P[r] Tédenat, pour rentrer dans celui du P[r] Mairet (asile d'aliénés), ce malade, le troisième jour qui suivit l'opération fut pris de nymplomanie.

Voilà un autre cas qui plaide en faveur des affirmations avancées ci-dessus. Il s'agissait d'un malade de 45 ans, auquel mon ancien maître le P[r] Tédenat avait pratiqué l'amputation de la cuisse au tiers inférieur pour un sarcome mélanique à forme telemgiectasique; le second jour qui suivait l'opération, il fut pris d'une mélancolie intense avec idées de suicide; au bout d'un mois nous le trouvons dans le service du P[r] Mairet, où il meurt de généralisation pulmonaire. Je connais un certain nombre de femmes qui n'ont jamais été réglées; trois d'entre elles ont subi l'opération de Poro et une autre celle de Kraske. Eh bien, aucun trouble psychique ne se manifesta, bien que l'appareil ovarien laissait beaucoup à désirer. J'ai eu un malade atteint d'une fistule à l'anus borgne externe; dès ma première visite que je lui fis, je constatai quelque chose de particulier : Son moral paraissait fortement affecté, mélancolique, irrascible, hypocondriaque; dès qu'il fût opéré et que sa fistule fût fermée, le malade reprit son état normal : Alors faut-il prendre toujours à partie l'acte opératoire? Pourquoi incriminer toujours l'opération? Il faut avouer que le malade avait des antécédents héréditaires mal notés; son frère est mort à la suite d'une lipemanie dans un asile d'aliénés, ça n'empêche pas moins que l'acte opératoire a contribué énormément à son rétablissement, puisque les phénomènes psychiques ont disparu après l'opération.

Seligman, dans sa thèse conclut qu'il ne faut jamais opérer les prédisposés; pourquoi? Parce que le traumatisme y est pour quelque chose et dans de pareils cas, c'est un coup de fouet pour le patient, mais à coté de ces observations, combien de cas faut-il citer qui ont été guéris par l'acte opératoire?

Heith, signale 10 0/0 de folies consécutives à l'hystérectomie abdominale totale, au contraire le chirurgien anglais Lawson-Tait, nie absolument l'existence d'une psychose quelconque, à la suite d'une opération gynécologique et Evereké signale dans le *Deutsch. Med.*

Wochench., que les opérations pratiquées à n'importe quelle région y prédisposent : Donc l'assertion de Seligman est un peu compromise comme on le voit ; du reste la femme accepte plus facilement la castration que l'homme. Certains auteurs ont insisté sur la nature de l'opération et entre autres Rudelf, Lowy en 1896, soutiennent que l'opération de la cataracte contribue beaucoup à la genèse d'une psychose (*Allgemeine Zëitschrift für Psychiatrie* 1896). En ce qui concerne la ménopause, il est très difficile de démontrer son rôle.

Mais il existe un genre de malades imaginaires qui, malgré l'assurance formelle du chirurgien que rien n'existe du côté de l'appareil génital, reviennent à la charge et finissent par fasciner et suggestionner le chirurgien et lui faire tenter une opération chirurgicale qui, du reste bien qu'en apparence soit justifiée par les symptômes accusés, n'aurait aucune valeur ; il faut se méfier de ces malades, car ils sont des maniaques atteints d'une sorte de manie que Charcot, a appelée folie d'opération ; ces malades cherchent et demandent avec une persistance inouïe, pour la moindre affection, l'intervention chirurgicale.

Il en résulte de tous ces faits et des observations que nous avons parcourues que : 1° On peut constater une psychose post-puerpurale ; 2° que les psychoses consécutives aux opérations gynécologiques sont très exceptionnelles et que si elles existent c'est qu'on a affaire à des femmes prédisposées ou déjà atteintes d'aliénation ; 3° qu'il n'y aucun rapport entre les troubles psychiques et l'acte opératoire ; 4° que les troubles psychiques peuvent se reproduire aussi bien à la suite de n'importe quelle opération qu'à la suite de la castration ovarienne ; 5° que l'opération ne fait jamais naître la folie de toute une pièce ; 6° qu'il existe un état psychique anté-opératoire, appelé phobie et qui peut durer après l'opération ; 7° qu'il existe certaines causes extérieures d'ordre moral, influant sur le caractère du malade ; 8° qu'il existe des malades imaginaires accusant des douleurs en disproportion avec les lésions qu'on peut leur trouver ; cette disproportion est un signe capital pour le diagnostic et qui dictera au chirurgien la conduite qu'il doit tenir ; 9° que la menstruation joue un rôle très important et c'est au moment de la puberté que se présentent les premiers signes de l'hystérie et de la modification du caractère. Ne voyons-nous pas la même chose chez l'homme ? Les monorchides ne sont-ils pas nerveux et hystériques ? Les personnes qui sont atteintes d'une double atrophie testiculaire, ne sont-elles pas exposées à des troubles psychiques comme celles qui ont subi l'ablation des organes copulateurs ? (Voir observ. précéd.) ; 10° la ménopause joue un grand rôle, quoique son influence soit très discutable ; cependant on a cité des cas où l'arrêt brusque des menstrues avant l'âge (50 ans) a été la cause d'une psychose, mais là encore il faut qu'il y ait une certaine prédisposition ; 11° la crainte d'une perturbation mentale ne doit jamais arrêter le chirurgien quand il se trouve en présence d'un cas où l'opération est littéralement indiquée ; c'est un point capital et sur lequel nous insistons énormément.

Que pouvons-nous faire pour parvenir ou faire disparaître ces troubles ? Nous en laissons le soin à d'autres plus compétents que nous.

Hospice de la Salpêtrière. — M. le Dr Jules Voisin commencera à la Salpêtrière ses conférences cliniques sur les *Maladies mentales et nerveuses*, le jeudi 10 mai, à 10 heures du matin, et les continuera les jeudis suivants, à la même heure.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Organisation de l'hygiène publique en France.

On parle beaucoup d'hygiène, un peu partout ; les journaux politiques lui consacrent de longues colonnes. Mais nous ne voyons pas qu'on se préoccupe de l'organisation ou de la désorganisation des services de l'hygiène publique : Comité consultatif d'hygiène de France, Conseils d'hygiène et de salubrité des chefs-lieux de département, Conseils d'hygiène des arrondissements, Commissions municipales d'hygiène, etc., ni de la façon dont fonctionnent ces différents services. Comment les préfets, les sous-préfets, les maires renseignent ou plutôt ne renseignent pas le Ministère de l'Intérieur, qui a charge de l'hygiène et de la santé publiques, est aussi un point qui mérite sérieuse considération. En attendant que nous puissions donner, dans la mesure du possible, un exposé sommaire du fonctionnement des services d'hygiène à Paris et dans le département de la Seine, nous croyons utile de compléter ce que nous avons dit, en 1898, sur le Comité consultatif d'hygiène (1), ...au moins en partie !

L'une des principales attributions du Comité, c'est d'indiquer les mesures qui doivent être prises contre les épidémies survenant sur les différents points du territoire de la République française. Pour qu'il puisse intervenir efficacement, la première condition c'est qu'il soit mis rapidement au courant de l'apparition de ces épidémies, de leur gravité, de leur extension.

Nous avons fait allusion tout à l'heure à l'insuffisance des renseignements adressés à la direction de l'hygiène publique au Ministère de l'Intérieur. Nous en avons fourni la preuve il y a quelques mois à propos d'épidémies de fièvre typhoïde ayant sévi dans deux localités de la Charente-Inférieure (2). M. H. Monod, désireux de remédier à une situation aussi défectueuse, qui nous place au-dessous des principaux pays, a soumis au Ministre de l'Intérieur le rapport suivant :

Rapport à M. le Président du conseil, Ministre de l'Intérieur et des Cultes.

Monsieur le Président,

En attendant que la loi sanitaire à l'étude permette d'appliquer à l'ensemble du territoire, avec les ressources et les sanctions qu'elles comportent, les règles d'hygiène publique et de prophylaxie qui découlent de la science moderne, il convient de ne négliger aucun des moyens d'action que peuvent offrir dès maintenant les diverses dispositions législatives ou réglementaires en vigueur sur la matière. Le péril national que présenteraient pour notre mobilisation les manifestations de la fièvre typhoïde, sans parler des autres maladies épidémiques telles que le choléra, la dysenterie, la suette miliaire, la diphtérie ; la faiblesse de notre natalité, le développement de la tuberculose jusque dans les populations rurales, les ravages de l'alcoolisme ne sont que trop évidents. Le devoir de l'administration est de faire appel à toutes les bonnes volontés, de stimuler tous les concours.

Il m'a paru, Monsieur le Président, qu'on pourrait préciser et renforcer ces efforts en les groupant d'une façon plus étroite autour d'un fonctionnaire qui serait directement intéressé à l'œuvre et responsable en quelque sorte des résultats.

En l'état actuel, le soin de la salubrité et de la santé publiques appartient spécialement, en vertu de l'article 97 de la

(1) *Progrès médical*, 1898, n° 10, 5 mars, p. 150.
(2) *Progrès médical*, 1899, n° 50, 16 dec., p. 463 et 468.

loi municipale du 5 avril 1884, aux maires des communes de France. Or, si les villes d'une certaine importance, en nombre comparativement bien restreint, peuvent satisfaire sur ce point aux charges qui leur incombent, on ne saurait contester que, pour la grande majorité des autres communes, il est bien difficile, sinon impossible, faute d'initiative, de direction ou d'avis autorisés, de prendre en temps utile les mesures les plus propres à enrayer le développement des maladies contagieuses, transmissibles ou épidémiques, encore moins d'en prévenir l'apparition ou d'en empêcher le retour.

En vue de parer à cette insuffisance notoire, il existe dans chaque arrondissement un médecin des épidémies et un conseil d'hygiène : le premier a été institué par une décision qui remonte à 1805; le second, par un arrêté du chef du pouvoir exécutif du 18 décembre 1848. L'un et l'autre ont pour mission de donner aux municipalités le concours technique qui leur est indispensable; leurs attributions en matière soit d'épidémies, soit de salubrité sont des plus larges. Ces conseils d'hygiène, dont font nécessairement partie les médecins des épidémies et auxquels se rattache l'Inspection annuelle des pharmacies, drogueries et épiceries, sont présidés par les préfets pour les arrondissements chefs-lieux, par les sous-préfets pour les autres arrondissements.

Il suffit de se reporter à cette organisation pour constater qu'elle constitue bien, sous la direction notamment des sous-préfets, un centre d'action tel que celui dont nous avons indiqué plus haut l'utilité. *A l'autorité administrative placée à la tête de l'arrondissement incombe réellement la mission d'éclairer les municipalités sur leurs devoirs en matière de santé publique*, d'examiner si une commune est pourvue d'une bonne eau potable et si l'évacuation des matières usées s'y fait dans de bonnes conditions hygiéniques, de provoquer les avis du médecin des épidémies ou les délibérations du conseil d'hygiène sur les mesures de salubrité ou de prophylaxie à prendre, d'assurer la mise à exécution de ces mesures, de les seconder le plus possible par des moyens de protection ou de défense collectifs justifiés par la solidarité sanitaire des diverses communes. C'est dans cet esprit que, tout récemment, l'arrêté ministériel du 23 novembre 1893, ayant pour objet l'application de l'article 15 de la loi du 30 novembre 1892 sur la médecine, a décidé que la *déclaration des cas de maladies épidémiques*, rendue obligatoire par le dit article, pour les médecins et les sages-femmes, *serait faite simultanément aux maires et au fonctionnaire spécialement chargé de l'arrondissement.*

En résumé, les préfets et sous-préfets tiennent de la législation en vigueur des pouvoirs leur permettant d'exercer sur la santé publique la plus heureuse influence. Par suite de considérations diverses cette influence a été limitée jusqu'ici à un très petit nombre de circonscriptions dans lesquelles des fonctionnaires, dont l'administration sanitaire n'a pas perdu le souvenir, ont laissé des traces bienfaisantes de leur passage.

J'estime, Monsieur le Président, qu'il serait possible de généraliser l'action intelligente et persévérante due à l'initiative de quelques-uns, en la rattachant par des rapports plus fréquents et plus étroits à votre administration, en tirant des dispositions existantes une organisation plus précise, plus autorisée, encourgée et soutenue. Tel serait le but de l'exposé ci-après que j'ai l'honneur de soumettre à votre appréciation sous forme de règlement :

I. — La direction et le contrôle des services d'hygiène et de prophylaxie des épidémies sont spécialement confiés dans chaque arrondissement aux préfets (arrondissements, chefs-lieux) et aux sous-préfets.

II. — Les préfets (arrondissements chef-lieux) et les sous-préfets sont présidents des conseils d'hygiène publique et de salubrité ; ils convoquent les membres de ces conseils en séance aussi souvent qu'il est nécessaire.

III. — Dans chaque arrondissement, le médecin des épidémies est tenu au courant de toutes les informations sanitaires reçues à la préfecture ou à la sous-préfecture. Ce médecin se transporte dans les localités où sont signalés des cas plus ou moins répétés de maladies épidémiques et rend compte immédiatement de ses visites aux préfets (arrondissements chefs-lieux) et aux sous-préfets.

IV. — Les préfets (arrondissements chef-lieux) et les sous-préfets reçoivent les déclarations des maladies épidémiques faites par les médecins et sages-femmes en vertu de l'article 15 de la loi du 30 novembre 1892. Ces déclarations sont inscrites sur un registre spécial dans les conditions indiquées par la circulaire ministérielle du 6 mars 1896.

V. — Les préfets (arrondissements chefs-lieux) et les sous-préfets sont chargés, conformément aux articles qui précèdent, de s'enquérir de toutes les questions intéressant la santé publique de l'arrondissement, de rappeler aux maires les devoirs et obligations qui leur incombent en vertu notamment des lois des 5 avril 1884 et 21 juin 1898, *de les instruire et de les diriger* dans l'application des mesures sanitaires ou prophylactiques, de leur faciliter l'usage des étuves à désinfection ou autres moyens d'action existant dans l'un quelconque des centres de l'arrondissement, d'exiger des médecins la déclaration des cas de maladies épidémiques en leur faisant comprendre qu'elle est la seule base rapide et efficace de toute prophylaxie, de provoquer l'intervention du médecin des épidémies et de seconder cette intervention auprès des maires et des médecins traitants, de soumettre au conseil d'hygiène l'examen des affaires ou des questions se rattachant à l'assainissement des communes, de diriger les délibérations de ce conseil et d'assurer dans la plus large mesure possible leur exécution.

VI. — En vue d'assurer ces dispositions, MM. les préfets (arrondissements chefs-lieux) et sous-préfets sont invités à dresser tous les trois mois un compte rendu sommaire portant : 1° sur les conditions générales d'hygiène de l'arrondissement ; 2° sur les questions examinées par le conseil d'hygiène et la suite donnée ; 3° sur les conditions dans lesquelles est faite la déclaration des maladies épidémiques ; 4° sur les épidémies observées et les mesures prises. (Ce résumé est indépendant des informations qui auraient été motivées dans le cours du trimestre par des épidémies et de la communication des rapports spéciaux fournis par les médecins des épidémies) ; 5° sur les observations générales ou particulières relatives à l'arrondissement.

Ces rapports, centralisés par les préfectures, sont transmis au ministère de l'intérieur dans la quinzaine qui suit l'expiration du trimestre écoulé et soumis au Comité consultatif d'hygiène publique de France qui en fait de son côté l'objet d'un rapport d'ensemble imprimé et distribué aussi promptement que possible à tous les préfets et sous-préfets.

Si vous voulez bien, Monsieur le Président, donner votre assentiment aux dispositions contenues dans ce règlement, je vous serai reconnaissant de revêtir le présent rapport de votre signature et d'en autoriser l'impression pour être envoyé à MM. les préfets et sous-préfets.

Le conseiller d'État, directeur, Henri MONOD.

Approuvé le 10 juin 1899, par le Président du Conseil, Ministre de l'Intérieur et des Cultes, Charles DUPUY.

Ce rapport qui contient un grand nombre de considérations intéressantes, au point de vue du rôle des médecins dans les questions d'hygiène, a été présenté aux préfets et aux sous-préfets par la circulaire ci-après :

Le Président du Conseil, Ministre de l'Intérieur et des Cultes, à Monsieur le préfet d...

J'ai l'honneur de vous adresser ci-joints plusieurs exemplaires d'un rapport relatif à l'organisation des services d'hygiène dans les arrondissements, rapport contenant un règlement qui coordonne et précise les dispositions générales résultant des textes en vigueur.

J'appelle toute votre attention, Monsieur le Préfet, sur l'intérêt que présente ce règlement et je vous prie de le recommander particulièrement à MM. les sous-préfets de votre département. Ainsi que vous le verrez, sans recourir à aucun texte nouveau il s'agit de grouper les divers éléments administratifs ou techniques qui ont mission de protéger la santé publique et de les rattacher directement, par des échanges

plus fréquents et régulièrement suivis, au Comité consultatif d'hygiène publique de France.

J'ai lieu d'espérer que ces échanges, de nature à stimuler et à encourager les initiatives et les concours individuels, établiront un courant essentiellement profitable aux intérêts sanitaires des diverses parties de la France.

Les premiers rapports trimestriels devront m'être adressés en octobre prochain pour le 3e trimestre de l'année : vous voudrez bien les réunir pour tous les arrondissements de votre département et me les transmettre dans le délai indiqué. Je vous prie de m'accuser réception du présent envoi.

Pour le Président du Conseil, Ministre de l'Intérieur et des Cultes, le Sous-secrétaire d'État, *signé :* Jules LEGRAND.

Le programme tracé dans les documents qui précèdent, l'appel pressant fait aux préfets et aux sous-préfets, les conseils qui leur sont donnés à l'effet d'intervenir sans cesse auprès des maires, pour leur faire comprendre les devoirs qui leur incombent en ce qui concerne l'hygiène de leurs communes, ne peuvent que recevoir l'approbation générale. C'est avec raison que M. Monod insiste sur les dangers que l'*insalubrité d'une localité*, les maladies endémiques qui y existent et revêtent par périodes le caractère épidémique, font courir au pays entier. Nous sommes d'accord.

« Toutes les questions relatives à l'*assainissement des villes*, nous le répétons depuis bien longtemps, ont non seulement un intérêt local, mais un intérêt général. Tel est, entre autres, l'approvisionnement de toutes les communes en eau de bonne qualité. La démonstration est facile : chaque année le contingent militaire est réparti dans un grand nombre de villes où, cette condition sanitaire n'étant pas toujours réalisée, il se produit des épidémies graves. Tous les ans, durant les grandes manœuvres, nous voyons se produire des maladies infectieuses occasionnées par la mauvaise qualité des eaux. »

Plusieurs trimestres se sont écoulés depuis l'envoi de ces documents aux préfets et aux sous-préfets. M. le Dr Bouges a fait un premier rapport au Comité consultatif d'hygiène ; d'autres vont venir. Nous essaierons de nous les procurer et nous dirons à nos lecteurs dans quelle mesure il a été donné satisfaction aux instructions du Ministère de l'Intérieur. BOURNEVILLE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 28 avril 1900. — PRÉSIDENCE DE M. TROISIER.

Accoutumance dans la commotion médullaire.

M. Jean LÉPINE a remarqué que les paraplégies provoquées chez les animaux par commotion médullaire (percussion de la région lombaire à travers les téguments) s'atténuent au bout de plusieurs expériences et qu'il existe une véritable accoutumance de la moelle, frappée au même point, mais la percussion exercée sur d'autres points n'est pas altérée dans ses résultats. La première percussion a déterminé une hémorragie du canal vertébral ; dans les percussions successives on fracture la colonne vertébrale avant qu'il se produise des ruptures vasculaires.

Absence de réaction agglutinante dans le liquide d'un kyste hydatique du poumon chez un typhique.

MM. THIERCELIN, BENSAUDE et HERSCHER ont trouvé à l'autopsie d'une malade morte de fièvre typhoïde, un kyste hydatique du poumon. La réaction agglutinative du liquide a été négative, alors qu'elle était positive par le sang. MM. Achard et Bensaude, dans un kyste hydatique chez le lapin ont trouvé la réaction. Dans le liquide du kyste il n'y avait pas non plus d'albumine, et ce serait peut-être là l'explication, surtout depuis que MM. Widal et Sicard ont montré que les substances agglutinantes sont retenues par les diverses albumines.

Respiration et cacodylate de soude par la voie sous-cutanée.

M. LANGLOIS inocula, par la voie sous-cutanée, à une première série de lapins, 75 milligrammes de cacodylate de soude. Ils maigrirent et moururent. Une deuxième série, traitée par injections intra-veineuses, fut très favorable. M. Langlois observa la diminution de la capacité respiratoire sur l'action du médicament. De 20 à 21 c.c. d'oxygène pour 100 c.c. de sang, sous l'action cacodylique, elle tombe à 16 ou 17 c.c. Cette diminution est constante chez le lapin.

Influence du persodine sur les digestions artificielles.

M. J. NICOLAS a vu le persulfate de soude à faible dose ne pas entraver les digestions artificielles (diastasiques, pancréatiques, kystiques). En augmentant la dose, il y a diminution de la digestion, puis arrêt. Son action hypothermisante est très accentuée ; il est toxique avec doses suivantes : *a)* Par voie veineuse, 0 gr. 40 par kilog. sur le lapin et 0 gr. 75 pour le chien ; *b)* par voie sous-cutanée, 0 gr. 25 pour le cobaye ; *c)* par voie gastrique, 0 gr. 35 chez le cobaye. Il est moins toxique que l'arsenic et le vanadium.

MM. CHAROST et DOYON étudient la *coagulation du sang et la réaction électrique*.

M. R. DUBOIS envoie une note sur le *cuivre normal dans la série animale*.

M. STASSÉANO présente un appareil pour la préparation aseptique du sérum et du plasma sanguins.

M. FÉRÉ étudie la *mobilité du métacarpe*.

M. TOUSCHE rapporte l'observation d'un hémiplégique atteint de cécité verbale.

M. LOISEL étudie le *fonctionnement du testicule des oiseaux*.

MM. LAVERAN et MESNIL ont trouvé dans les voies biliaires et l'hippocampe des myxosporedies.

M. A. MAYER étudie la tension osmotique du sang par action vaso-dilatatrice.

MM. SABRAZÈS et MURATET admettent que les corps qu'ils avaient décrits dans les globules de l'hippocampe ne sont pas des hématozoaires. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 1er mai 1900. — PRÉSIDENCE DE M. MAREY.

Traitement de la myopie.

M. PANAS approuve peu les interventions opératoires dans la myopie forte (plus de 13 dioptries). Après elles le décollement de la rétine est peut-être plus fréquent. Le massage du globe oculaire semble peu efficace. Par contre le traitement du Dr Bettremieux (de Roubaix) : instillations répétées de collyre à la pilocarpine, bandage ouaté compressif pendant la nuit, paraît à la fois inoffensif et efficace.

Vaccination et instituteurs.

M. HERVIEU lit un rapport constatant les progrès de la vaccination dans les écoles. Beaucoup d'instituteurs pratiquent eux-mêmes les revaccinations.

M. PINARD critique vivement ce dernier point. La vaccination, opération médicale ayant ses contre-indications et parfois ses accidents, doit être réservée au médecin.

Elections de quatre associés étrangers.

Sont élus : MM. BEHRING (de Narburg), GOLGI (de Pavie), TILANUS (d'Amsterdam), PAWLOFF (de Saint-Pétersbourg).

A.-F. PLICQUE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 avril 1900. — PRÉSIDENCE DE M. TROISIER.

Endocardite infectieuse avec végétations sur une valvule pulmonaire.

MM. SOUQUES et BALTHAZARD ont observé chez une femme un souffle systolique intense, râpeux, siégeant le long du sternum à gauche avec maximum d'intensité dans le deuxième espace intercostal. Ils crurent à une lésion tricuspidienne ou à une péricardite. L'autopsie a démontré que ce souffle était dû à une végétation assez grosse siégeant sur une des sigmoïdes de l'orifice pulmonaire. Les reins, le foie, la rate offraient les lésions d'une infection généralisée.

Maladie d'Addison.

MM. NETTER et NATTAN-LARRIER signalent le fait d'une maladie d'Addison chez un enfant qui présenta des accidents suraigus simulant la péritonite. L'autopsie démontra que le péritoine était indemne et les capsules surrénales tuberculeuses.

M. ACHARD, à ce sujet, rappelle l'histoire d'une jeune fille atteinte de troubles nerveux graves qui mourut subitement. Ses capsules surrénales étaient entièrement caséifiées. La malade n'avait pas de mélanodermie.

Kyste hydatique alvéolaire de la plèvre et du poumon.

M. RENON rapporte un cas de kyste hydatique fertile alvéolaire de la plèvre et du poumon. Le malade, dont il a fait l'autopsie, avait eu, trois ans auparavant, un pneumothorax qui paraît avoir été produit par la rupture d'un kyste du poumon. Ce kyste aurait ensemencé la plèvre de ses hydatides. Toute la plèvre médiastine et diaphragmatique était envahie. Ces cas sont extrêmement rares.

Calculs intestinaux dus à l'ingestion de magnésie calcinée.

M. HALIPRÉ a soigné une malade qui, ayant absorbé en peu de temps 50 grammes de magnésie calcinée, rendit un certain nombre de calculs formés exclusivement de magnésie.

Angiocholites suppurées anictériques.

M. P. LEREBOULLET, en son nom et au nom de M. GILBERT, présente deux cas d'angiocholite suppurée infectieuse sans ictère. Une malade de 35 ans atteinte d'entérocolite membraneuse fut deux fois atteinte d'ictère catarrhal léger. Quelques temps après, elle fut prise de fièvre hépatique avec hypertrophie du foie et de la rate sans ictère, les urines contenaient de l'albumine en grand quantité. La malade fut opérée et il s'en suivit une amélioration rapide, diminution de volume du foie et de la rate et diminution de l'albuminurie. Le second malade est un enfant qui, à la suite d'une pneumonie, présenta passagèrement de l'ictère. Il fut atteint de fièvre avec type inverse, en même temps le foie et la rate augmentèrent de volume, sans qu'il y eut d'ictère. Le malade guérit sans opération.

Accidents infectieux du nez, de la bouche, de la gorge consécutifs à la grippe.

M. FAURE, au nom de M. G. BALLET et au sien, communique plusieurs cas de coryza avec sinusite suppurée consécutifs à la grippe. Parfois, en même temps, il a constaté des accidents pharyngés et de l'amygdalite. Le streptocoque semblait être l'agent de ces infections naso-pharyngés. Certains de ces malades, outre l'état général infectieux, présentaient soit des pseudo-rhumatismes, soit des sciatiques ou des névralgies infectieuses. Un état neurasthénique s'est encore manifesté plusieurs fois. Il a soigné avec succès ses malades par des lavages du nez et du pharynx, par des inhalations mentholées, et aussi par les injections de sérum antistreptococcique de Marmorek, prolongées durant quelques temps, à petites doses (1 c.c.). Ces injections de sérum ont fait merveille dans les cas les plus rebelles.

M. RENDU fait remarquer que, depuis longtemps, tout le monde partage les idées exposées par M. Faure sur l'origine infectieuse de beaucoup d'accidents rhumatismaux. En ce qui concerne le traitement local de l'affection naso-pharyngée, il en est fort partisan et ne doute pas de son efficacité, il fait de fortes réserves sur l'utilité du traitement par le sérum antistreptococcique.

M. BÉCLÈRE doute encore de la valeur du sérum antistreptococcique, car il a observé une malade atteinte d'érysipèle qui, malgré des injections de ce sérum (250 c.c. au total), vit son érysipèle évoluer et fut deux fois sujette à des récidives.

M. HAYEM croit que la grippe n'existe pas, en tant que maladie réelle, et qu'une foule d'affections nerveuses sont comprises sous ce nom.

M. BALZER a observé aussi de nombreux coryzas à la suite de la grippe, qui avaient déterminé des mycosis intenses qui, parfois, descendaient jusque sur le menton. L'irrigation nasale, avec des solutions faibles de tannin (0 gr. 30 ou 0 gr. 50 de tannin par litre), et le bain nasal surtout, donnèrent d'excellents résultats. Il appliqua en même temps le traitement du sycosis (pommade au calomel et soufre, ou au tannin et soufre). Dans ces cas, sans le traitement nasal, le sycosis ne guérit pas.

Méningite consécutive à la fièvre typhoïde.

M. FERNET a observé une malade atteinte de méningite due au bacille d'Eberth qui modifia notablement le tableau de la fièvre typhoïde dont les symptômes étaient typiques au début. La malade étant morte, on constata les ulcérations des plaques de Peyer, et dans le liquide louche trouvé à la base du cerveau, on trouva le bacille d'Eberth. J. N.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 2 mai 1900. — PRÉSIDENCE DE M. RICHELOT.

Ligature de l'aorte pour anévrisme diffus consécutif.

M. FILLAUX présente une observation concernant une tumeur de la fosse iliaque gauche, existant depuis un certain temps déjà et ayant subi une brusque augmentation de volume à l'occasion d'un effort; l'étude clinique démontra qu'il s'agissait d'un anévrisme de l'iliaque externe et du commencement de la fémorale; circonscrit d'abord, il se forma au moment de l'effort et devint anévrisme diffus; M. Fillaux pratiqua la ligature de l'iliaque primitive; l'opération fut fort simple la tumeur s'affaissa presque complètement et tout paraissait aller à merveille pendant les jours suivants ; cependant la tumeur augmenta de nouveau peu à peu, le malade se mit à maigrir, à présenter les phénomènes de compression et succomba 39 jours après la ligature; l'autopsie démontra la présence de thrombose de la veine fémorale gauche, et de plus on peut constater que la ligature avait été placée sur l'aorte, immédiatement au-dessus de la bifurcation.

Gastrostomie.

M. POIRIER présente un procédé de gastrostomie qu'il a adopté après de nombreux essais. Ce procédé consiste, après avoir incisé les deux couches musculaires, grand droit et transverse et le péritoine, à amener l'estomac à la plaie, en formant un petit cône, dont on ne pince que la tunique musculeuse et séreuse qu'on fixe à la paroi; on incise le cône, on trouve la muqueuse, qu'on décolle, qu'on attire et qu'on perfore, la laissant filer jusqu'à la base du cône stomacal, musculo-séreux, qui est fixé lui-même aux muscles de la paroi et à la peau.

M. TERRIER craint que les résultats ne soient toujours aussi heureux qu'on le pense ; il faut surtout se méfier du suc gastrique dont l'activité destructive est variable, avec les individus et avec la nutrition du sujet, ceux à nutrition mauvaise, ayant une tendance destructive plus intense. Dans le procédé de M. Poirier, il serait intéressant de savoir ce que devient la couche muqueuse et si vraiment il faut le rôle valvulaire que lui accorde Poirier.

M. RECLUS a pratiqué un assez grand nombre de gastrostomies et depuis qu'il pratique ce principe qui consiste à faire l'ouverture le plus haut possible, près du cardia, tous les procédés lui ont donné des succès.

M. ROCHARD emploi d'habitude le procédé de Marwedel et dans les six dernières observations il n'a eu aucune incontinence.

M. ROUTIER pratique l'abouchement direct, dans la version d'un cône stomacal, aussi haut que possible; mais cela n'est pas toujours faisable et récemment, il a dû faire une gastrostomie très bas; il y a eu issue d'un peu de suc gastrique pendant quelques jours seulement.

M. TUFFIER pense que la situation de l'orifice et la tolérance gastrique, sont les points importants et qu'avec ces facteurs, tous les procédés sont bons.

M. SCHWARTZ emploie depuis dix ans le procédé simple, comme Routier, et n'a jamais vu le moindre insuccès; il faut surveiller le rétrécissement et même prévenir le malade qu'il n'oublie pas d'entretenir sa fistule.

M. RECLUS revendique essentiellement la cocaïne pour la gastrostomie, elle ne lui a jamais donné le moindre incident; d'autre part, la possibilité de placer l'orifice très haut lui paraît exister toujours.

M. QUÉNU fait également l'abouchement direct, cependant il fait un petit dôme stomacal et fixe généralement la muqueuse à la peau, point qui paraît très important pour éviter la défection de la paroi.

M. L. CHAMPIONNIÈRE applique exactement le même procédé que M. Quénu, et n'a jamais vu la défection de la paroi.

M. DELBET pense qu'il vaut toujours mieux faire une incision verticale, en passant à travers le grand droit.

M. RICHELOT considère le procédé de Marwedel comme excellent.

M. TERRIER fait remarquer que ce qui a augmenté les succès de la gastrostomie, c'est la petitesse de l'orifice.

SCHWARTZ.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 28 mars 1900.

Composition de la gastérine.

M. BARDET a pu faire des essais avec du sel gastrique, obtenu par M. Frémont sur un estomac isolé de chien, d'après la méthode d'expérimentation uilisée par cet auteur. L'analyse a fourni les résultats suivants : coagulum léger à la chaleur, insoluble dans l'acide acétique; pas de coagulation par l'acide nitrique. L'acidimétrie de ce produit est la suivante :

Acidité totale au litre	4,422
HCl libre	4,154
HCl combiné	0,268
Acides de fermentation	Néant.

Après digestion d'une partie de blanc d'œuf représentant 1 gr. 50 d'albumine séchée, l'acidimétrie a donné :

Acidité normale	4,123
HCl libre	2,512
HCl combiné	1,173
Acides de fermenttion	0,438

Cet essai montre qu'une bonne partie de HCl libre s'est combinée à la matière albuminoïde, ce qui rapproche la digestion faite *in vitro* avec la gastérine de Frémont de la digestion physiologique.

Toxicité des nitriles carbonylés.

M. FIQUET, qui a recherché les propriétés physiologiques des nitriles carbonylés, a trouvé qu'ils sont très toxiques et agissent à la façon des ptomaïnes. Les accidents présentent la plus grande analogie avec ceux de l'intoxication urinaire, ce qui tendrait à prouver l'existence de corps à fonction nitrile dans certaines urines très toxiques.

La médication bromurée.

M. MAURICE DE FLEURY, tout en reconnaissant que le bromure reste le médicament le plus utile contre l'épilepsie, estime qu'il faut s'en servir à une dose quotidienne aussi modérée que possible, à cause de l'influence retardatrice qu'il exerce sur la nutrition. Mais pour que ces doses faibles de bromure aient des effets salutaires, il faut que l'assimilation du bromure soit parfaite. Pour obtenir ce résultat, il faut associer à la médication antispasmodique une médication tonique : hydrothérapie, bains salés, frictions sèches, douche statique, massage, injections de solutions salines (phosphate de soude ou chlorure de sodium à 4 0/0). Il y a intérêt à donner le bromure par doses fractionnées au moment des repas, car il s'élimine vite et sa protection ne s'étend guère au delà de cinq à six heures. Si les accès sont nocturnes, il faut donner la dose entière en une fois au moment du sommeil.

P. RELLAY.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 28 avril 1900. — PRÉSIDENCE DE M. RICHELOT.

La séance est ouverte à 4 h. 1/4. Le procès-verbal de la dernière réunion est lu et adopté.

M. DUBUC, à propos du procès-verbal, dit que sa pensée n'a pas été fidèlement traduite : il a voulu, relativement au cas de M. Guépin, protester contre le mot « enchatonnement » Sans le nier, il le croit rare Il est persuadé que l'hématurie, surtout l'hématurie intermittente, est un signe de calcul vésical.

CORRESPONDANCE IMPRIMÉE. — Revues et journaux habituels. — Deux brochures de M. Antonelli. (Extrait du compte rendu de la Société d'ophthalmologie) : 1° *Sinusite ethmoïdo-frontale*; 2° *Lésions oculaires congénitales chez un enfant.* — Un ouvrage de M. Albert-Weil, intitulé : *Guide pratique d'électrothérapie gynécologique.*

CORRESPONDANCE MANUSCRITE. — 1° Lettre du Dr Cavalcanti, de Rio-de-Janeiro (Brésil), annonçant l'envoi à la Société d'une caisse de plantes médicales, qu'il prétend héroïques dans le traitement du cancer; — 2° lettres de MM. les Drs Félix Terrien et Henri Fournier, remerciant la Société de les avoir nommés membres titulaires; — 3° lettre de M. le Dr Villeprand, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance; — 4° lettre de M. Hameau (d'Arcachon), membre correspondant, offrant à la Société un volume de Sédillot, sur l'*Histoire de la Société jusqu'en* 1817, qui manque à nos Archives. Cette offre est acceptée avec reconnaissance.

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Apostoli, membre titulaire. La Société envoie l'expression de ses regrets à sa famille.

M. ROUBINOVITCH lit son rapport sur les travaux de M. le Dr Henri Voisin, candidat au titulariat. Le rapporteur rappelle que M. Henri Voisin, ancien interne provisoire des hôpitaux, est le fils de notre regretté président; se basant sur les titres personnels du candidat, il conclut à sa nomination. Les conclusions favorables de ce rapport sont adoptées; le vote aura lieu dans la prochaine séance.

M. LE Dr EDMOND VIDAL, candidat au titulariat, lit un travail sur le **traitement de la neurasthénie féminine par les extraits d'ovaire**. L'examen des titres du candidat est renvoyé à une commission composée de MM. Jullien, Coudray et Mouzon, rapporteur,

M. BURET lit une analyse du travail de M. Ogilvie (de Londres), intitulé :

L'immunité congénitale à l'égard de la syphilis et la soi-disant « Loi de Profeta ».

L'auteur commence par rappeler que, dans un précédent travail sur « la transmission de la syphilis à la troisième génération », il a donné le résumé des connaissances actuelles sur l'immunité congénitale de la syphilis, condensé dans les trois formules suivantes :

1° L'expérience clinique tend à prouver que les enfants sains, nés de mères syphilitiques à la deuxième période, peuvent bénéficier d'une immunité temporaire à l'égard de l'infection syphilitique;

2° Aucun fait n'est venu démontrer qu'un enfant, né d'une mère atteinte de syphilis tertiaire, pouvait être considéré comme réfractaire à la syphilis acquise;

3° Il n'existe aucune preuve qu'un père syphilitique puisse jamais conférer une immunité quelconque à ses enfants sains.

Le Dr G. Archdall Reid a tiré les mêmes conclusions de considérations presque toutes théoriques. « Tandis qu'un homme, dit-il, ne peut jamais conférer aucune immunité à sa progéniture, pas plus qu'une femme à

ses enfants nés avant son infection ou après sa guérison, une mère la peut donner au fœtus qu'elle porte pendant sa maladie », ou plutôt, fait observer M. Ogilvie, « pendant la période contagieuse de sa maladie ». Cette opinion concernant l'immunité des enfants est entièrement basée sur ce fait qu'ils ne sont pas infectés par leurs mères syphilitiques après leur naissance.

Donc tout l'argument repose sur la nature contagieuse de la maladie de la mère. Il est généralement accepté, sinon absolument prouvé, que la contagion de la syphilis est limitée aux périodes primitive et secondaire; mais même ceux qui croient au caractère contagieux des syphilis tertiaires, devront admettre que les faits qu'il nous est donné d'observer ne se rapportent qu'aux femmes présentant des accidents secondaires. Sans nier la possibilité d'une influence du côté du père ou du côté de la mère parvenue à la période tertiaire, ou même guérie, M. Ogilvie s'est borné à indiquer quel était l'état actuel de la question.

Neisser, dans un travail récent, défend la même opinion à propos de l'immunité congénitale de la syphilis. D'autre part Finger, dans sa dernière publication sur la transmission héréditaire de la syphilis, est arrivé à des conclusions et des résultats différents. Il regarde l'immunité de la syphilis comme un héritage d'enfants sains, nés de parents syphilitiques. Il ne fait aucune distinction entre la syphilis paternelle ou maternelle, secondaire ou tertiaire, manifeste ou latente, présente ou passée. Un grand nombre des meilleurs manuels (Düring, Lang, Lesser, Neumann, etc.), se comportent de même. M. Ogilvie se propose, pour sa part, de laisser entièrement de côté les théories qui ne s'appuieront pas sur des faits cliniques.

Ce fut Friedrich J. Behrend qui, en 1860, le premier, à la connaissance de l'auteur, affirma qu'une femme atteinte d'une syphilis générale et donnant naissance à un enfant sain, ne lui communiquait pas la maladie pendant l'allaitement. Il fait remarquer que cette coïncidence doit être rare.

En 1865, Giuseppe Profeta déclara qu'un enfant sain, né d'une mère syphilitique, pouvait être allaité impunément par elle ou par une nourrice syphilitique (soit que l'infection de la mère ait eu lieu avant la conception ou pendant la grossesse), et que la transmission de la syphilis n'était pas possible de la mère à l'enfant. Il considérait comme un fait établi, observé par tout praticien expérimenté, qu'une femme, atteinte avant ou après la conception (surtout avec un traitement approprié), pouvait donner naissance à des enfants sains. Bien qu'il dise que son assertion est basée sur des faits, il n'en cite aucun; tandis que, pour prouver l'innocuité du lait des femmes syphilitiques, il rapporte plusieurs cas observés par lui-même.

Diday, en 1854, avait donné à une loi le nom de Colles. Trente ans plus tard, il baptisa d'un autre nom la réciproque de cette loi. Ignorant certainement les droits antérieurs de Behrend, il la nomma « Loi de Profeta » et la formula ainsi : « Un enfant sain, né d'une mère syphilitique, ne court aucun danger de contamination en étant allaité par elle. » Cet état de protection s'étend dit-on, au delà des premières années de la vie de l'enfant. Une version, quelque peu modifiée, fut donnée par Diday, quelques années plus tard. Une mère syphilitique, *en état de virulence*, donne à son enfant ou bien la syphilis classique, ou l'inaptitude à contracter la maladie par le contact des parties lésées de la mère, tandis que l'enfant, dans ces derniers cas, demeure apte à contracter la syphilis d'autres personnes.

Ce petit corollaire de Diday, bien qu'en contradiction avec Profeta, qui prononça — sans preuve — l'immunité de l'enfant, même de la part de la nourrice, tend à prouver que l'enfant ne peut être infecté par sa propre mère.

Les mots « *en état de virulence* » méritent d'être remarqués. La syphilis de la mère n'est, dans la vie extra-utérine, communiquable à l'enfant que si, au moment de la naissance, ou plus tard, elle souffre de lésions infectieuses et inoculables. Il s'ensuit donc que, dans tous ces cas où la syphilis de la mère est ou bien latente ou sans caractère contagieux, aucune conclusion ne peut être tirée relativement à l'immunité de l'enfant à l'égard de la syphilis, sous prétexte qu'il aura été allaité impunément par une mère syphilitique. L'auteur ne connaît aucun exemple d'enfant né d'une mère en état de syphilis latente ou sans symptômes contagieux qui, après avoir été allaité par une nourrice au mamelon infecté, serait resté indemne. Un cas isolé de cette nature ne prouverait même pas l'immunité de l'enfant, car des enfants sains, nés de mères saines, ont quelquefois échappé à l'infection, bien qu'allaités pendant longtemps par des nourrices en état de virulence. Le siège des lésions chez la mère est encore à considérer. De ce qu'une femme, avec lésions contagieuses des parties génitales, n'infecte pas son enfant en l'allaitant ou en l'embrassant, cela ne prouve pas l'immunité de l'enfant, bien qu'un fait de cette nature ait été rapporté pour confirmer la loi.

Dans ces derniers temps, on a beaucoup élargi la loi de Profeta; tels sont les termes dans lesquels on pourrait la formuler maintenant : « Les enfants sains de parents syphilitiques ne sont pas susceptibles d'infection. » Sous cette forme concise, non seulement on ne fait nulle distinction entre les mères qui pendant la grossesse ou après la délivrance donnent la preuve qu'elles sont encore dans un état d'infection, et celles chez qui la maladie est devenue latente, mais on y comprend la syphilis paternelle elle-même, secondaire, tertiaire, présente ou passée; de plus, on ne fait aucune restriction quant à la durée de l'immunité de l'enfant. S'il est historiquement inexact de donner le nom de Profeta à cette partie de la loi qui se rapporte aux mères durant la période infectieuse, Profeta n'est certainement pas responsable de cette extension extraordinaire de son affirmation initiale. Dans sa dernière communication sur ce sujet, il s'en tient aux termes primitifs de la loi qu'il a formulée. Finger la modifie de la façon suivante :

« Les enfants nés de parents syphilitiques, qui échappent à l'infection, héritent de leurs parents d'une immunité les rendant incapables de contracter la syphilis. Bien que Profeta n'ait parlé que de la syphilis maternelle, aujourd'hui nous étendons cette immunité aux enfants nés de pères syphilitiques. » Cette immunité, comme la comprend Finger, peut être acquise lorsque les parents, ou l'un des deux, se trouve, au moment de la procréation, à une phase avancée de la syphilis, alors que la maladie est éteinte ou sur le point de s'éteindre. Cette sorte de vaccination préventive se fait par les zoospermes ou les ovules, ou alors *in utero* par l'intermédiaire du placenta. M. Ogilvie en cite plusieurs exemples.

D'après la loi de Profeta, il faut, pour que l'immunité existe pour les enfants, que ceux-ci soient nés sains tandis que la mère est en pleine évolution syphilitique. La nature contagieuse des accidents de la mère est la condition *sine qua non* sur laquelle repose toute l'argumentation. Qu'une femme, avec de la choroïdite

syphilitique ou des gommes du tibia, n'infecte pas son enfant en l'allaitant, en l'embrassant, en le manipulant, etc., cela s'explique sans qu'on puisse en conclure que l'enfant soit réfractaire. Il en sera de même pour toutes les lésions tertiaires en général, que la mère pourra présenter, ajoute l'auteur qui ne peut se résigner, en présence des faits, à admettre la contagion de ces accidents. Pour que la loi de Profeta fût reconnue exacte, il faudrait qu'on n'eût jamais observé de cas d'enfants sains infectés, après la naissance, par leurs mères dont la syphilis était antérieure à la grossesse. Or, la clinique démontre le contraire. Rien ne prouve non plus qu'un enfant, né d'une mère syphilitique, qui a passé la phase virulente de la maladie, soit absolument prémuni contre la syphilis. Cette objection de M. Ogilvie est pleinement confirmée par les faits. Nous avons pu voir, il y a quelques années, chez M. Jullien, un jeune homme de 20 ans atteint d'une syphilis très nette qu'il venait de contracter. Or, le jeune homme portait des stigmates indéniables de parasyphilis héréditaire : sa mère était une syphilitique que M. Jullien avait soignée avant la naissance de son enfant. L'évolution régulière des accident consécutifs à un chancre induré des plus nets, prouvait qu'un enfant, porteur d'atrophies dentaires décrites dans l'hérédo-syphilis, est susceptible d'acquérir la syphilis tout comme un autre, à l'âge de la puberté.

M. Ogilvie rapporte le cas d'une femme qui fut atteinte de syphilis constitutionnelle à l'âge de 10 ans, et eut plus tard des accidents tertiaires ; elle donna naissance à trois enfants, quand elle fut âgée de 33, 35 et 37 ans, c'est-à-dire 23, 25 et 27 ans après les symptômes secondaires. Or, ces enfants furent tous les trois infectés par une servante. Ici encore la loi de Profeta est en défaut.

L'expérience négative de Fournier a été souvent invoquée pour défendre la loi de Profeta. Le professeur de Saint-Louis déclare n'avoir jamais vu un seul cas dans lequel une mère, ayant contracté la syphilis avant ou pendant la grossesse, ait pu contaminer son enfant né en bonne santé. Mais, en même temps, il ajoute qu'il est exceptionnellement rare de voir naitre indemne de syphilis un enfant issu d'une mère syphilitique et affecté de manifestations syphilitiques au moment de son accouchement.

M. Jullien fait savoir que le Dr Gailleton (de Lyon) est partisan de la loi de Profeta. Kassowitz, qui n'affirme pas à la légère, n'a vu qu'une seule fois un enfant sain naître d'une mère syphilitique, dont la maladie avait été contractée avant la délivrance. Finger cite 8 cas dans lesquels des enfants sains étaient allaités par leurs mères syphilitiques, un de Koebner et sept de Baerensprung. Dans chacun de ces cas, la mère avait été infectée après la conception. Dans le cas de Koebner, la femme avait été infectée avant le sixième mois de la grossesse. Quatre semaines avant l'enfantement, apparut une syphilis générale du visage, du buste et des extrémités : elle continua d'allaiter son enfant sain pendant trois mois sans rien lui communiquer. Elle n'avait reçu aucun traitement quand elle fut visitée, quatre mois après l'accouchement. A l'âge de 4 mois, l'enfant fut pris de diarrhée : il mourut en une semaine et l'autopsie ne révéla rien de particulier.

M. Ogilvie cite, par ordre chronologique, 9 autres cas absolument en contradiction avec la loi de Profeta : ces faits sont trop nombreux, en effet, pour être considérés comme de simples exceptions ; ils prouvent que la soi-disant loi ne repose pas sur des données cliniques. Si, dit-il, il est rare qu'une femme, infectée pendant sa grossesse, puisse donner naissance à un enfant sain, né viable, il est encore plus rare qu'elle présente pendant l'accouchement ou pendant l'allaitement, des accidents capables, par leur siège, d'être transmis à son enfant. On sait que les plaques muqueuses du mamelon, à l'encontre du chancre induré, sont rarissimes. L'auteur, pour terminer, propose les conclusions suivantes :

1° Il n'existe aucun fait prouvant que la syphilis paternelle puisse jamais conférer l'immunité partielle ou complète à l'enfant, que cette syphilis du père soit ancienne ou récente ;

2° Rien ne prouve que la syphilis maternelle, à la troisième période, confère cette même immunité ou que l'immunité de la mère, acquise par une précédente maladie, soit jamais transmise héréditairement à l'enfant ;

3° Il semble démontré que les mères infectées antérieurement à l'accouchement, communiquent rarement la maladie à leurs enfants après leur naissance. Nous ne saurions dire si des cas de ce genre ont pu se présenter dans la syphilis préconceptionnelle.

L'immunisation intra-utérine de l'enfant par suite de la syphilis secondaire de sa mère est une intéressante et ingénieuse théorie qui n'est pas suffisamment corroborée par les faits. Qu'une pareille immunité semble être la conséquence de certaines maladies infectieuses aiguës, soit *in utero*, soit pendant l'allaitement, cela n'augmente pas considérablement sa probabilité en ce qui concerne la syphilis.

Tels sont, Messieurs, les points principaux du travail de notre collègue Ogilvie, dont vous m'avez confié l'analyse. Il semble ressortir, en effet, de cette étude consciencieuse, que la fameuse « loi » de Profeta est à ranger parmi les vues de l'esprit, ces séduisantes conceptions purement théoriques, fort consolantes, sans doute, au premier abord, mais dont l'expérience clinique ne tarde pas à nous démontrer l'inanité.

M. Jullien estime que ce travail est fort intéressant, mais que la question traitée par l'auteur est trop importante pour être examinée au pied levé. Il demande que la discussion soit reportée à la prochaine séance. Adopté.

M. Dubuc, l'ordre du jour étant épuisé, demande à communiquer à ses collègues un fait bizarre qu'il lui a été donné d'observer tout récemment. Il s'agit d'un malade qui avait de fréquentes envies d'uriner et un peu de douleur au moment de la défécation. On craignait des accidents syphilitiques du rectum et M. Alfred Fournier fut appelé à donner son avis. Le toucher rectal fit constater une tuméfaction au-dessus de la prostate, dans la paroi antérieure du rectum : cette grosseur disparut à la longue. On pensa à une phlébite.

M. Richelot serait assez disposé à croire à un peu de cellulite pelvienne, peut-être justiciable du massage.

La séance est levée à 5 h. 30.

Un des Secrétaires annuels,
Dr Dhomont

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 25 avril 1900. — Présidence de M. le Dr Laveran

M. Bouloumié présente un *appareil destiné à produire de l'eau stérilisée dans les ménages*, grâce à un dispositif analogue à celui de l'appareil Vaillard.

M. Berthod. — *Le nouveau système des hôpitaux parisiens.* — Dans l'intérêt du malade, l'hôpital doit être placé hors Paris ; il faut remplacer l'antisepsie par l'asepsie. Dans Paris il ne faut laisser que des maisons de secours. Naturellement ces changements ne doivent être faits que successive-

ment; on commencerait par les tuberculeux, ensuite par les enfants.

M. Martin. — *Le nouvel hôpital de l'Institut Pasteur.* — Après avoir montré comment étaient placés les différents bâtiments, M. Martin montre comment on procède pour l'examen, l'entrée des malades. Le chauffage est à air chaud. Les canalisations d'eau chaude, froide, etc., passent dans les murs creux. Les pièces sont éclairées à l'électricité. Chaque lit ne reviendra, comme construction, qu'à une dizaine de mille francs; le tout est en brique et fer.

M. Letulle. — *Contagions tuberculeuses à l'hôpital.* — Comment se tuberculise-t-on dans les hôpitaux, et quels sont les moyens qu'on peut employer pour éviter ces contaminations? En ce moment, à Paris, sur 5.000 malades d'hôpital, il y a 1.800 tuberculeux. Le personnel des hôpitaux se tuberculise un peu partout, mais principalement dans les dortoirs le plus souvent mal installés, sans crachoirs. On ne peut pas obtenir que les parquets soient lavés, et non pas balayés et cirés; ces balayages sont une grande cause de tuberculose. Quant au linge sale, il est conduit dans les sous-sols, et n'est pas désinfecté ordinairement. L'administration devrait édicter des règlements formels sur l'hygiène hospitalière relatif au balayage, nettoyage, etc., ces règlements devraient être pratiques et faciles à exécuter. Il faudrait multiplier les crachoirs généraux, ainsi que les crachoirs individuels; tous ces crachoirs devraient être désinfectés convenablement. Il serait nécessaire de ne pas laisser séjourner plusieurs jours le linge sale dans un coin. Le personnel inférieur devrait être mieux instruit sur les précautions qu'il doit prendre pour éviter la contagion.

Martha.

REVUE D'OPHTALMOLOGIE

Rédacteur spécial : M. le Dr KOENIG (de Paris).

I. — Année ophtalmologique 1898-1899; par le Dr Leprince préface de M. le Dr Truc. (Maloine, éditeur, Paris, 1900.)

I. — L'idée qu'a eue M. Leprince, de rassembler dans un ordre rationnel, ce qui se publie d'intéressant en ophtalmologie, est assurément excellente,et le public fera à ce livre bon accueil. Pendant plusieurs années, le Dr Bourneville fit éditer l'*Année médicale*, livre dans lequel plusieurs de ses collaborateurs spéciaux, relataient les travaux qui avaient été publiés. J'avais été chargé de la rédaction de la partie ophtalmologique; cette entreprise eut été couronnée de succès, si chaque publication avait pu paraître en temps utile.

Nous pourrons prédire à M. Leprince un succès certain, si son *Année ophtalmologique* paraît régulièrement à la fin de chaque année. Son premier ouvrage se compose de 300 pages. Après avoir analysé les travaux parus sur l'anatomie, la physiologie, la bactériologie, l'auteur aborde les différentes parties du globe de l'œil et de ses annexes. Tandis qu'il n'est pas donné à tout le monde de parcourir les travaux originaux parus en langues diverses, on aura la possibilité d'apprécier toutes les questions importantes disséminées dans les journaux, les revues, les comptes rendus. Ce sera une synthèse permettant de jeter un coup d'œil d'ensemble sur tout ce qui peut intéresser le lecteur. L'*Année ophtalmologique* ne peut qu'être favorablement accueillie.

II. — Des névrites optiques liées aux sinusites sphénoïdales et aux maladies de l'arrière cavité des fosses nasales; par M. de Lapersonne. (*Annales d'oculistique*, p. 182.)

II. — L'auteur appelle l'attention sur les diverses manifestations oculaires ou orbitaires des sinusites et en particulier des sinusites sphénoïdales; le ralentissement sinusien sur le nerf optique en particulier, peut donner naissance tantôt à une névrite rétro-bulbaire, canaliculaire sans signes perceptibles à l'ophtalmoscope, comme les cas de Berger, tantôt à une névrite avec stase comme les cas de Panas et ceux que l'auteur cite dans son article.

Dans ces trois observations l'existence d'une névrite optique avec stase siégeant d'un seul côté a permis de soupçonner des lésions localisées au sinus sphénoïdal et aux cellules ethmoïdales post-présomptives confirmées plus haut par l'examen rhinoscopique. La papillite œdémateuse était ici le seul symptôme de ces lésions qui n'étaient accompagnées ni de violentes douleurs névralgiques, ni de photophobie, ni de larmoiment, ni de blépharospasme, ni de rougeur érysipétaloïde de la racine du nez, ce qui avait été donné comme signes ordinaires de ces sinusites.

Quant à l'explication de la formation de ces névrites, il suffit de se rappeler les rapports intimes qui unissent la paroi externe du sinus sphénoïdal en arrière avec le sinus caverneux, en avant avec le canal, puis la gouttière optique : Dans un plan plus antérieur, les calculs ethmoïdales qui communiquent quelquefois avec le sinus lui-même, avoisinent le nerf optique. Nerf et sinus n'étant séparés l'un de l'autre que par une lame papyracée, offrant souvent des déhiscences, le processus infectieux a toute facilité pour se faire de proche à proche.

Les rhino-pharyngites supérieures, affections communes et rebelles peuvent sous l'influence d'une grippe recevoir un coup de fouet et se propager au sinus sphénoïdal et créer les lésions indiquées plus haut, mais tandis que le curettage du sinus et de divers méats, par la méthode de Zuckerkandl, permettra de tarir la suppuration sinusienne et nasale, le nerf optique sera voué le plus souvent à une suite de névrite due sans doute à une expectative trop prolongée.

III. — Dilatation des voies lacrymales chez le fœtus et le nouveau-né, consécutive à l'imperforation de leur orifice inférieur; par M. Rochon-Duvigneaud. (*Archives d'ophtalmologie*, 1899.)

III. — L'auteur, s'appuyant sur de nombreux dessins, démontre que les nouveau-nés peuvent présenter une dilatation du canal nasal, due à une imperforation de l'orifice inférieur du canal, au niveau du méat inférieur. L'infection, rendue facile dans ce canal nasal, ainsi dilaté et rempli de mucus, explique la fréquence de la dacryocystite aiguë des nouveau-nés, et il est facile également de comprendre comment un simple cathétérisme, guerira d'un seul coup les cas vainement soignés par le traitement médical.

A côté des opercules uniques, on note des diaphragmes multiples et plus ou moins complets.

IV. — Conjonctivite folliculaire et les végétations adénoïdes du naso-pharynx; par M. H. Coppez. (*Archives d'ophtalmologie*.)

IV. — Mettant à part la conjonctivite folliculaire prodrome des granulations et la conjonctivite atropinique, l'auteur attire l'attention sur la relation existant entre la conjonctivite folliculaire vraie, et les végétations adénoïdes du pharynx. Les deux muqueuses du pharynx et de l'œil étant en continuité directe par l'intermédiaire des voies lacrymales, et ayant la même structure, il est naturel de penser que d'une part le catarrhe folliculaire des culs-de-sac conjonctivaux, d'autre part, les diverses affections du pharynx pharyngites granuleuses, végétations adénoïdes et hypertrophies amygdaliennes tiennent à une même cause et doivent se rencontrer souvent chez les mêmes sujets.

Et, en effet, M. Coppez a remarqué que tous les enfants présentant du catarrhe folliculaire, présentaient en même temps des végétations de leur cavum et que l'affection oculaire résistait au traitement ordinaire, tant que les végétations adénoïdes n'étaient par curettées.

V. — Du tatouage des moignons oculaires; par de Wecker et Masselon. (*Annales d'oculist.*, p. 101.)

V. — Les auteurs, après avoir cité *in extenso* l'observation vécue d'un confrère que la perte d'un œil obligeait de porter un œil artificiel qu'il « mettait avec peine, et enlevait toujours avec plaisir», donnant au tatouage du moignon une préférence sur le port d'un œil de verre. Mais avant de procéder à l'opération en elle-même, ils conseillent plusieurs interventions préliminaires, telles que ténotomie des muscles pour produire une exophtalmie utile au point de vue esthétique, ou ténotomie d'un seul groupe musculaire pour donner un redressement convenable au moignon ; si le volume apparent du moignon est réduit, une cantoplastie l'accroîtra. A-t-on à faire à

un moignon qu'une poussée glaucomateuse aura rendu trop proéminent, une ponction sclérale lui rendra un volume convenable.

Le moignon ainsi préparé, les instruments nécessaires sont: une aiguille à tatouer bien affilée, une spatule et un bâton d'encre de chine.

Après avoir écarté les paupières supérieures et inférieures avec le pouce et l'index de la main gauche, on trace la pupille en un point convenable et, autour d'elle une circonférence d'un diamètre de 11 à 12 millimètres, en implantant dans la conjonctive l'aiguille à tatouage très fine et chargée d'encre de chine très épaisse; puis la pupille et la circonférence étant ainsi esquissées, on remplira l'espace laissé entre elles par une série de points plus ou moins rapprochés, suivant que l'iris de l'œil sain sera plus ou moins foncé : on promènera ensuite, sur la surface de la conjonctive circonscrite par les piqûres, la spatule chargée d'encre épaisse. L'emploi de la cocaïne sera nécessaire pour cette opération qui demandera une dizaine de séances ; de la part de l'opérateur comme de celle du malade, une persévérance indispensable sera simplement récompensée par un résultat brillant, car le tatouage peut donner à l'œil une apparence de vie que ne présente jamais la prothèse la mieux réussie. Les auteurs recommandent de ne pas se servir de pinces pour fixer l'œil, car un tatouage du point fixé par l'instrument en serait la conséquence. Si une semblable complication survenait on pourrait réséquer aux ciseaux la portion de conjonctive indûment tatouée et remettre la suite de l'intervention à une date ultérieure.

VI. — De la mucocèle du sinus frontal ; par M. Valude. (*Annales d'oculistique,* 1900.)

VI. — L'auteur, en donnant une observation personnelle, étudie, à ce propos, les symptômes, la marche, la pathogénie et le traitement de cette affection considérée comme rare, puisqu'il n'en existe pas plus d'une vingtaine dans la littérature médicale. Les symptômes subjectifs consistent en un engourdissement de la tête ou d'une moitié de la tête, survenu sans douleur et insidieusement, contrairement à l'empyème frontal; objectivement, la maladie est constituée par une tuméfaction molle, dépressible, communiquant avec le sinus sous-jacent par une ouverture plus ou moins large, modérément sensible à la pression, pouvant s'accompagner de larmoiement suivant ses rapports avec le sac lacrymal, et dont le lieu d'élection est la partie supéro-interne de l'orbite ; enfin, l'exophtalmie en bas et en dehors, et l'hypertrophie externe du squelette du nez, au niveau de sa racine terminent ce syndrome.

Cette affection se rapproche donc par ses symptômes de l'empyème du sinus frontal, mais la marche et l'indolence jointes à la ponction suffisent à trancher le diagnostic. Ici, le contenu du kyste est clair, opalin, filant, contenant plus d'hématies que de globules blancs ; ces derniers sont même moins nombreux que dans le sang normal : suivant la prédominance des globules rouges, le liquide passe, de la teinte jaune rosé à la teinte blématique et noirâtre.

Les auteurs qui se sont occupés jusqu'à ce jour de cette affection paraissent diverger d'opinion, relativement à sa pathogénie. Tandis que les uns en font remonter la cause à une rétention du conduit excréteur d'une glande de la muqueuse sinusienne due à une infection bénigne, premier stade d'un processus qui peut arriver à la sinusite purulente, les autres, plus nombreux, s'appuyant sur la nature colloïde du liquide, sur la faible proportion de globules blancs et sur l'oblitération du canal naso-frontal, par une hypertrophie osseuse, une masse néoplasique ou une phlegmasie simple cherchent dans cette obstruction pathologique, la seule explication de la mucocèle du sinus.

Quoi qu'il en soit, le traitement, comme dans le cas d'empyème, consistera à curetter la muqueuse malade après résection large du tissu osseux, et à assurer la libre communication du sinus avec les fosses nasales par un drain, comme l'a préconisé Luc, ce qui permet à la plaie opératoire de se refermer par première intention. Ce drain est retiré ultérieurement par le nez, quand tout écoulement a cessé.

VII. — L'extraction de la cataracte par incision avec lambeau conjonctival adhérent ; par le Dr Pansier (d'Avignon).

VII. — L'auteur, après avoir rappelé le nom de plusieurs oculistes qui ont prôné la suture des lèvres de la plaie, propose une nouvelle incision qui fasse une suture naturelle grâce à un lambeau conjonctival qu'il laisse en place. Voici quel est ce procédé : incision de Fuchs, c'est-à-dire scléro-cornéenne intéressant le tiers de la cornée; quand il ne reste plus que 5 à 6 millimètres de cornée il incline la lame du couteau parallèlement au globe, de façon à sortir du tissu scléro-cornéen en pleine conjonctive puis, et c'est là le côté original de la question, au lieu de terminer d'un seul coup et franchement la section, il fait glisser son couteau sur le globe de manière à avoir un long lambeau de conjontive d'environ un centimètre, lambeau retenu pour son adhérence et sa continuation en haut par la conjonctive. L'auteur fait ensuite sortir le cristallin par pression et fait la toilette de la chambre antérieure sans que la sangle conjonctivale gêne cette manœuvre. L'iris bien remis en place, les suites opératoires sont aussi simples que possible : premier pansement le deuxième jour; simple port de lunettes fumées le quatrième ou cinquième la cicatrisation étant suffisamment faite.

Les avantages que l'auteur trouve à son procédé sont : 1° L'occlusion exacte de la place, sans aucun entrebaillement possible, avantage considérable dans ces cataractes compliquées où l'issue du vitré est inévitable, ou chez les malades indociles; 2° la rapidité d'une cicatrice solide sans obliger le malade à l'immobilité et au repos absolu.

VIII. — Traitement de la kératite parenchymateuse ; par M. Grand Clément (de Lyon).

VIII. — Pour l'auteur, la kératite parenchymateuse étant engendrée par l'infiltration en masse de cellules lymphoïdes au travers des lames de la cornée, il conseille depuis longtemps déjà d'agir ici comme dans l'entorse où le massage fait résorber rapidement l'abondante diapédèse des leucocytes du sang. Les massages pratiqués énergiquement sur le globle de l'œil seront répétés tous les jours pendant un quart d'heure et la guérison viendrait au dire de l'auteur en 2 ou 3 mois sans qu'aucun autre traitement soit à l'atropine soit mercuriel ou ioduré y soit joint.

IX. — Sur l'anatomie et la pathogénie du dacryops, par Lauge. (*Archives d'opthalmologie de la Somme*, p. 503.)

IX. — Lauge ayant extirpé un dacryops sur une femme de 52 ans, en a fait l'examen au microscope et il a constaté la présence dans le conduit excréteur de la glande lacrymale, d'un bouchon formé de substance amorphe contenant des cellules épithéliales desquamées. Pour l'auteur l'oblitération du canal excréteur résulterait d'un catarrhe desquamatif de ce conduit.

BIBLIOGRAPHIE

La sexualité; par Félix Le Dantec. (*Sciencia*, Carré et Naud, 1900.)

L'auteur a cherché dans cette monographie à dissiper les erreurs communément émises sur l'origine du sexe et à combattre nos tendances irraisonnées à l'anthropomorphisme. Nous voyons autour de nous quelques animaux tirer leur origine d'un mâle et d'une femelle : immédiatement nous généralisons et nous sommes étonnés, lorsque dans l'échelle des êtres, nous arrivons à des asexués ou des hermaphrodites. Nul n'était mieux placé que M. Le Dantec, pour entreprendre cette tâche. Son étude sur la bactéridie charbonneuse, son intéressant volume sur l'évolution individuelle et l'hérédité, sa théorie nouvelle de la vie (pour ne parler que de ce que j'ai lu), le préparaient à une explication éminemment savante, de la sexualité. Il a mené à bien cette série de considérations biologiques, et il se dégage de leur lecture, une idée très nette du sujet choisi. Pour bien faire comprendre la théorie à laquelle il aboutit, il étudie les phénomènes essentiels de la reproduction dans leur simplicité, puis il s'élève peu à peu à des phénomènes plus compliqués. Chemin faisant il parle des

caractères sexuels secondaires, de la fécondation, de la parthénogénèse. Après un chapitre sur l'époque de la détermination du sexe il en aborde sa théorie, qui est à lire en entier avec l'exposé de ses lois, de ses preuves, de ses applications.

On peut juger par ces quelques lignes de l'intérêt de cette question biologique, qui constitue le fondement de toute évolution. Aussi ce nouveau volume, continuant une série heureusement commencée, rendra un immense service à ceux qui désirent s'instruire et profiter de l'expérience des travailleurs et des savants. Georges PAUL-BONCOUR.

VARIA

Congrès contre la tuberculose.

Le Congrès international contre la tuberculose s'est tenu, à Naples, du 25 au 28 avril. Le Pr Baccelli, Ministre de l'Instruction publique, a ouvert le Congrès, puis le duc de Ratibor, au nom de l'Allemagne et le Pr Lannelongue, au nom de la France, ont successivement pris la parole.

Parmi les nombreuses communications, signalons celle de M. Brunon, de Rouen, sur la *Cure d'air en Normandie*, le travail de MM. Lannelongue, Achard et Gaillard, sur l'*Influence du climat sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire expérimentale*; celui de M. de Giovanni, sur les *Candidats à la tuberculose*. Un projet de loi, qui n'est pas prêt à être adopté, a été développé par M. Kallivokos, d'Athènes. Ce projet ne tend rien moins qu'à interdire le mariage des tuberculeux, à les chasser des écoles, des ateliers, des bureaux, à les isoler dans les prisons, il demande la création de sanatoriums dont les frais seraient couverts à l'aide d'impôts sur les frais médicaux, sur les salaires des ouvriers, etc. Nous ignorons le succès de M. Kallivokos au Congrès de Naples, mais nous souhaitons vivement, dans l'intérêt de son projet, qu'il y introduise quelques amendements ayant une hygiène moins draconienne et plus humanitaire. J. N.

Les femmes pharmaciennes.

Nous apprenons avec plaisir que Mlle Louise NAPIAS vient de soutenir, devant l'Ecole supérieure de Pharmacie de Paris, une thèse sur : l'*Action de la bactéridie charbonneuse sur les hydrates de carbone*. C'est la premiere thèse de femme soutenue en pharmacie devant l'Université de Paris, et Mlle L. Napias a obtenu la mention « très bien », avec félicitations du jury, qui comprenait trois professeurs de l'Ecole. — Mlle Napias collabore à la *Fronde* sous le pseudonyme de Blanche Galien depuis la fondation de ce journal et, de temps en temps, au *Progrès médical*. Ajoutons que Mlle Napias est professoresse du cours de *petite pharmacie* à l'Ecole municipale d'infirmiers et d'infirmières de Lariboisière.

Mutuelle assurance-vie des médecins de Paris.

Le vent est à la solidarité et à la prévoyance. C'est dans ce but, que diverses Sociétés ont été fondées pour venir au secours des médecins, pendant leur existence, en cas de maladie ou d'accidents. Récemment, quelques Sociétés d'arrondissements ont songé aussi à former, entre leurs membres, une assurance mutuelle en cas de décès. Nous avons trouvé cette idée excellente et nous avons songé à l'étendre à tous nos confrères de Paris. En nous groupant en totalité, nous pourrons ainsi assurer à nos participants une somme beaucoup plus élevée. Cette idée d'assurance-vie sera certainement bien accueillie. En effet, pendant leur existence, les médecins gagnent presque toujours, souvent péniblement, le pain des leurs. Mais, à leur décès, ils ne laissent qu'exceptionnellement de la fortune, et quand leurs enfants sont jeunes, quand la veuve est sans profession, c'est la misère certaine et la misère d'autant plus pénible qu'elle s'attaque à une classe de gens de bonne éducation. C'est pour remédier à ce triste état des choses, pour parer aux premières éventualités qu'un certain nombre de confrères, inspirés uniquement d'un sentiment confraternel de solidarité, ont cru bien faire en formant une Assurance médicale mutuelle entre tous les médecins de Paris. En cas de décès d'un de leurs camarades, cette association pourra, dès la première année, verser à la veuve, aux orphelins ou à d'autres héritiers directs une somme de 1.000 francs, et cela contre une cotisation relativement minime : trente francs par an. Mais au bout de cinq ans, grâce à diverses ressources mises en réserve, cette somme allouée à la veuve et à l'orphelin sera beaucoup plus considérable et pourra atteindre un chiffre relativement élevé au bout de quelques années. Nous aurions bien voulu accepter indistinctement tous les confrères de Paris. Mais certaines raisons nous obligent à fixer une limite d'âge. D'après nos statuts, nous pourrons admettre que les médecins n'ayant pas dépassé 50 ans. D'autre part, peuvent seuls faire partie de cette Assurance mutulle les confrères français. Nous avons la conviction que tous le médecins se trouvant dans ces conditions s'empresseront de se solidariser et viendront s'inscrire dans cette Assurance médicale mutuelle. Pour cela, ils n'auront qu'à envoyer leur adhésion écrite à l'un des confrères suivants : MM. Baratoux, 13, avenue de l'Opéra, Paris. Bernheim, 9, rue Rougemont, Paris. Campart, 233, rue Saint-Martin, Paris. Henri Lorain, 33, rue de Châteaudun, Paris. Tournay, 2, boulevard Saint-Martin, Paris.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 7. — 3e *de Doctorat (2e partie)* : MM. Fournier, Potain, Gilles de la Tourette. — 5e *de Doctorat (1re partie)*. Chirurgie. (1re *série*) : MM. Tillaux, Poirier, Delbet. — (2e *série*) : MM. Terrier, Lejars, Mauclaire, Déjerine, Gaucher, Teissier. — (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Delens, Kirmisson, Legueu. — (2e *série*) : MM. Tuffier, Broca (Aug.), Walther.

MARDI 8. — 3e *de Doctorat (2e partie)*. Nouveau régime : MM. Cornil, Blanchard, Ménétrier. — Oral (1re *partie*). (1re *série*). Nouveau régime : MM. Budin, Quénu, Thiéry. — (2e *série*) : MM. Schwartz, Faure, Wallich. — (2e *partie*). Nouveau régime : MM. Raymond, Chantemesse, Hanriot. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Hutinel, Charrin, Launois. — (2e *série*) : MM. Grancher, Joffroy, Marfan. — 4e *de Doctorat* : MM. Thoinot, Gley, Thiroloix. — 5e *de Doctorat (1re partie)*. Chirurgie : MM. Berger, Brun, Albarran. — (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Jaccoud, Proust, Achard. — (2e *série*) : MM. Dieulafoy, Debove, Vaquez.

MERCREDI 9. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). (1re *série*). Nouveau régime : MM. Lannelongue, Varnier, Sébileau. — (2e *série*) : MM. Delens, Poirier, Lepage. — (2e *partie*) : MM. Hayem, Widal, Heim.

JEUDI 10. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Quénu, Thiéry, Wallich. — (2e *partie*). Nouveau régime : MM. Dieulafoy, Blanchard, Ménétrier. — (1re *série*) : MM. Cornil, Dupré, Thiroloix. — (2e *série*) : MM. Chantemesse, Achard, Launois. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Chassevant, Vaquez.

VENDREDI 11. — 3e *de Doctorat (2e partie)*. Nouveau régime : Hayem, Hanriot, Gaucher, Potain, Blanchard, Teissier. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Landouzy, Thoinot. — 5e *de Doctorat (1re partie)*. Chirurgie. (1re *série*) : MM. Terrier, Delbet, Legueu. — (2e *série*) : MM. Delens, Kirmisson, Broca (Aug.). — (2e *partie*) : MM. Grancher, Déjerine, Widal. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Pinard, Varnier, Lepage.

SAMEDI 12. — 3e *de Doctorat (2e partie)* : MM. Hutinel, Achard, Thiroloix. — 5e *de Doctorat (2e partie)*. (1re *série*) : MM. Dieulafoy, Roger, Marfan. — (2e *série*) : MM. Cornil, Raymond, Vaquez. — (1re *série*) : MM. Debove, Chantemesse, Dupré. — (2e *série*) : MM. Joffroy, Teissier, Ménétrier. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Budin, Bonnaire, Wallich.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 9. — M. Rongier. Contribution à l'étude de la tension artérielle dans la pneumonie — M. Landouaré. Le rôle du traumatisme dans l'étiologie du rétrécissement pulmonaire acquis. — M. Renaud. Contribution à l'étude des pleurésies purulentes à bacille de Friedlænder. — M. Bosquain. Les applications médicales des courants de haute fréquence. — M. Rieu. Les hallucinations psycho-motrices dans la paralysie générale. — M. Ferval. Des kystes hydatiques intrapéritoneaux primitifs. — M. Gillot. De la sténose congénitale du pilore chez les nourrissons. — M. Franco. Quelques considérations sur les anévrismes iliaques externes. — M. Diez. Contribution à l'étude des injections sous-arachnoidiennes de chlorhydrate de cocaine. — M. Bioche. Contribution à l'étude du céphalématome. — M. Veaudelle. De l'injection du liquide amniotique pendant la grossesse sans rupture des membranes de l'œuf. — M. Guibout. Conséquences obstétricales possibles de l'amputation sous-vaginale du col. — M. Périchon. Contribution à l'étude du traitement opératoire de la rétrodeviation de l'utérus. — M. Roustain. De l'utilité du séro-diagnostic dans la fièvre des accouchées. — M. Roglet. Contribution à l'étude du signe de

Kernig dans les méningites. — M. Froussard. De l'antéro-culite muco-membraneuse.

JEUDI 10. — M. Durandeau. Des coefficients urinaires dans les cirrhoses. — M. Lebreton. Contribution à l'étude de la sclérose en plaques chez les enfants. — M. Fouqué. Du procédé de cerclage dans le traitement des fractures de la rotule. — M. Schmitt. Contribution à l'étude du traitement obstétrical de l'éclampsie puerpérale. — M. Terral. Etude sur l'étiologie et la pathogénie du rachitisme — M. Cochard. Etude sur l'eau oxygénée et sur son emploi dans le traitement des pyodermites. — M. Mainguy. Quelques considérations sur les dysenteries de nos pays. — M. Noury. Etude clinique des hernies épigastriques et ombilicales. — M. Pinsan. Du cathétérisme de l'urètre chez les arthritiques. — M. Schelengowski. Contribution à l'étude clinique du cancer primitif pleuro-pulmonaire. — M. Lemaire. Des endométrites hémorragiques ou hydrohémorragiques des six premiers mois de grossesse. — Mlle Bauduin. Septicémie des nourrissons; septicémie pneumococcique épidémique suraiguë.

VENDREDI 11. — M. Mortureux. Des kystes hydatiques de la rate. — M. Vuillième. Rupture des collections enkystées de l'abdomen au cours du palper abdominal. — M. Landron. Sur le traitement des rétro-déviations utérines par le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds (procédé de Wylie). — M. Félix. Les rétrécissements tuberculeux de l'intestin grêle. Leur traitement.

NÉCROLOGIE

M. le Dr G. APOSTOLI.

Le Dr Georges APOSTOLI qui vient de succomber, le 27 avril, aux suites d'une pneumonie grippale était né en 1847 à Saint-Michel-de-Lanès (Aude). Fils de médecin, il entra à l'Ecole de médecine militaire de Strasbourg, où il fut un des élèves assidus de l'illustre Sédillot. Après dix années passées dans l'armée, dont la majeure partie en Algérie, il donna sa démission et vint se fixer à Paris, où il suivit les leçons de Tripier. Dès lors il se consacra tout particulièrement aux applications de l'électricité à la médecine. Dans la thèse de Carlet (1884), qui fait époque dans l'histoire de la gynécologie électrique il fait connaître les résultats importants qu'il obtient dans le traitement des fibromes utérins grâce à une méthode à laquelle il a définitivement attaché son nom.

Le Dr Apostoli, à dater de cette époque fut considéré à juste titre comme une autorité en électrothérapie gynécologique; ses nombreuses communications dans les divers congrès médicaux d'Europe et d'Amérique, suffisent pour en faire foi et bien que sans fonctions hospitalières, ni sans situation officielle, il parvint à attirer à sa clinque de nombreux médecins français et étrangers.

Nous n'avons pas l'intention ici de juger la méthode d'Apostoli, mais les résultats qu'elle a donnés et les discussions qu'elle suscita, prouve qu'elle a valu de ne pas passer inaperçue ; et à notre époque où il est si difficile de se faire un nom en dehors des concours, cette simple constatation suffit à rendre justice au mérite de son auteur. N.

Enseignement médical libre.

Maladies nerveuses et mentales. Hypnotisme. — M. le Dr BÉRILLON, médecin inspecteur des asiles publics d'aliénés, directeur de la *Revue de l'hypnotisme*, commencera le lundi 7 mai, à 5 heures du soir, à l'école pratique de la Faculté de médecine, amphithéâtre Cruveilhier, un cours libre sur les *applications cliniques, psychologiques et médico-légales de l'hypnotisme*. Il le continuera les lundis et vendredis suivant à 5 heures.

Cours de chirurgie oculaire. — M. le Dr A. TERSON, ancien chef de clinique ophtalmologique à l'Hôtel-Dieu, commencera, le jeudi 10 mai, à 5 heures, un cours de chirurgie oculaire avec exercices opératoires. Ce cours est gratuit et continuera les jeudis suivants à la même heure. S'inscrire d'avance 52, rue Jacob, tous les jours, de 1 à 2 heures.

CRÉMATION NON ADMINISTRATIVE. — *Les faiseuses d'anges.* — Aux prochaines assises du Calvados, le samedi 5 mai, sera jugée la femme Sénécal, de Bretteville-sur-Odon, poursuivie pour de nombreux avortements. La femme Sénécal a exercé son honteux métier pendant plusieurs années et on venait la trouver de points du département fort éloignés. Sur cette affaire est venue s'en greffer une autre qui passera probablement au mois d'août. Il s'agirait de plusieurs complices de la femme Sénécal, *dont l'un serait un forgeron qui aurait brûlé les fœtus dans sa forge.* (*Le Bonhomme normand*, 3 mai.)

FORMULES

XXIV. — Contre l'herpès tonsurant.

Pâte :

Epicarine.	āā 15 grammes.
Talc de Venise.	
Amidon.	
Vaseline.	45 —

Onguent :

Epicarine.	10 grammes.
Onguent simple.	100 —

Savon :

Epicarine.	15 grammes.
Savon vert.	200 —
Oxyde de zinc.	10 —

En frictions. (*Nouveaux Remèdes*).

L'épicarine, étudiée par Kaposi, est un produit de condensation du naphtol B et de l'acide créosotique.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 22 avril au samedi 28 avril 1900, les naissances ont été au nombre de 1204 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 451, illégitimes, 179. Total, 630. — *Sexe féminin* : légitimes, 403, illégitimes, 171. Total, 574.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1896 : 2.511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 22 avril au samedi 28 avril 1900, les décès ont été au nombre de 1044, savoir : 567 hommes et 477 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 7, F. 10. T. 17. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole: M. 16, F. 14, T. 30. — Scarlatine : M. 4, F. 0, T. 4. — Coqueluche : M. 4, F. 2, T. 6. — Diphtérie. Croup : M. 2, F. 4, T. 6. — Grippe : M. 3, F. 3, T. 6. — Phtisie pulmonaire : M. 130, F. 91, T. 221. — Méningite tuberculeuse : M. 19, F. 7, T. 26. — Autres tuberculoses : M. 14, F. 10, T. 24. — Tumeurs cancéreuses : M. 21, F. 26, T. 47. — Tumeurs autres : M. 0, F. 2, T. 2. — Méningite simple : M. 13, F. 6, T. 19. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 18, F. 15, T. 33. — Paralysie, M. 4. F. 8, T. 12. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 5, T. 9. — Maladies organiques du cœur : M. 28, F. 31, T. 59. — Bronchite aiguë : M. 5, F. 1, T. 6. — Bronchite chronique : M. 8, F. 19, T. 27. — Broncho-pneumonie : M. 39, F. 22, T. 61. — Pneumonie : M. 30, F. 24, T. 54. — Autres affections de l'appareil respiratoire: M. 21, F. 32, T. 53. — Gastro-entérite, biberon : M. 10, F. 7, T. 17. — Gastro-entérite, sein : M. 5, F. 4, T. 9. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 2, F. 1, T. 3. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 1, T. 2. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Débilité congénitale : M. 11, F. 12, T. 23. — Sénilité : M. 6, F. 37, T. 43. — Suicides : M. 11, F. 1, T. 12. — Autres morts violentes : M. 11, F. 3, T. 14. — Autres causes de mort: M. 81, F. 62, T. 143. — Causes restées inconnues : M. 5, F. 3, T. 8.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 75, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 29, illégitimes, 17. Total : 46. — *Sexe féminin* : légitimes, 16, illégitimes, 13. Total : 29.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Travaux pratiques de médecine opératoire spéciale*, sous la direction de MM. BERGER, professeur, et HARTMANN, agrégé, Cours de M. le Dr SAVARIAUD, prosecteur. — *Opérations sur le tube digestif et ses annexes.* — Ouverture le lundi 28 mai, à 1 h. 1/4. — I. Cure radicale des hernies (inguinale, crurale). — II. Cure de la hernie ombilicale et les éventrations. Technique des laparotomies. — III. Traitement de la hernie étranglée. Kélotomie. Résection de l'intestin. Sutures intestinales. Bouton de Murphy. — IV. Etablissement d'un anus artificiel, Entéro-anastomose. — V. Intervention dans les plaies pénétrantes de l'abdomen. Gastrostomie. — VI. Gastro-entérostomie. Appendicectomie. — VII. Ablation des hémorrhoïdes. Amputation périnéale du rectum. — VIII. Pylorectomie. — IX. Amputation de la langue; ligature de la linguale. — X. Opérations sur le foie et la vésicule biliaire.

Cours complets élémentaires et pratiques de neurologie et de gynécologie. — Le mardi 8 mai à 10 h. 1/2 commencera la deuxième série des cours de l'infirmerie de Saint-Lazare qui se continueront les jeudis, samedis et mardis suivants : mardi. M. Wickham. *Vénéréologie* : jeudi. M. Verchère. *Génécologie* : samedi. M. Ozenne. Le cours comprend dix-huit leçons.

COLLÈGE DE FRANCE. — Cours du deuxième semestre de

l'année 1899-1900 : *Médecine* : M. d'Arsonval : les lois de l'irritabilité, les mercredis et vendredis à 5 heures. — *Histoire naturelle des corps organisés* : M. François-Franck (suppléant M. Marey) : l'expression des émotions à l'état normal et pathologique, les mercredis et vendredis à 3 h. 3/4. — *Embryogénie comparée* : M. Henneguy : quelques points spéciaux de l'embryogénie des insectes, les mercredis à 4 heures et les samedis à 3 heures. — *Anatomie générale* : M. Suchard (suppléant M. Ranvier) : analyse histologique du poumon de quelques animaux, les mercredis et vendredis à 5 heures. — *Psychologie expérimentale et comparée* : M. Pierre Janet (suppléant M. Th. Ribot) : la conscience du corps et ses fonctions, les lundis à 2 h. 1/2 et les vendredis à 1 h. 1/2.

Faculté de Médecine de Paris. — *Cours de clinique chirurgicale* (Professeur : M. Le Dentu). — M. Mauclaire, agrégé, chargé de cours, commencera le Cours de Clinique chirurgicale le mardi 8 mai 1900, à 9 heures et demie du matin, et le continuera les vendredis et mardis suivants, à la même heure. — Opérations de chirurgie générale après les leçons. Opérations gynécologiques le jeudi, à 9 heures, dans le service spécial de gynécologie. Examen des malades, par les élèves, les lundis, mercredis et samedis.

Manœuvres obstétricales. — M. Lepage, agrégé, fera sa première démonstration au grand amphithéâtre de la Faculté, le jeudi 10 mai 1900, à 6 heures de l'après-midi. Les démonstrations suivantes auront lieu le jeudi à la même heure. Les exercices opératoires d'obstétrique commenceront le lundi 14 mai, à 3 heures, et se continueront tous les jours, à 3 heures (Pavillon nº VI). Les inscriptions pour les exercices opératoires seront reçues au secrétariat (Guichet nº 3), de midi à trois heures, les lundis, mardis, jeudis et samedis 12 mai inclusivement, sur la présentation de la carte d'immatriculation. Le montant des droits est de 50 francs. Les démonstrations du jeudi au grand amphithéâtre de la Faculté sont publiques et gratuites. Les élèves inscrits régulièrement recevront une lettre de convocation spéciale.

Muséum d'histoire naturelle. — *Excursion géologique*. — M. Stanislas Meunier, professeur de géologie au muséum d'histoire naturelle fera une excursion géologique publique le dimanche 6 mai 1900 à Vaugirard, Issy, Vanves et Meudon. Il suffit pour prendre part à l'excursion de se trouver au rendez-vous : Porte de Versailles (fortifications), à 11 heures et demie. On sera rentré à Paris vers 5 heures.

Cours de dessin appliqué à l'étude des plantes. — Mme Madeleine Lemaire commencera ce cours le mardi 8 mai 1900, à trois heures, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure, dans la salle des cours de dessin (Porte d'Austerlitz).

Cours de dessin appliqué à l'étude des animaux. — M. Fremiet, membre de l'Institut, commencera ce cours le lundi 7 mai 1900, à quatre heures, et se continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure, dans la salle des cours de dessin (Porte d'Austerlitz). Des leçons auront lieu dans la ménagerie quand le temps le permettra.

Hôpitaux de Paris. — *Concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices*. — Le concours annuel pour les prix à décerner aux élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices, sera ouvert le lundi 11 juin 1900, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, nº 3. MM. les internes sont prévenus qu'en exécution des dispositions du règlement sur le service de santé, tous les internes en pharmacie des hôpitaux et hospices sont tenus de prendre part à ce concours, sous peine d'être considérés comme démissionnaires et, comme tels, d'être privés du droit de continuer leur service dans les hôpitaux. Ils devront, en conséquence, se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, de 11 à 3 heures, du lundi 14 mai au samedi 26 du même mois inclusivement.

Prix Civiale. — Un concours est ouvert, en 1900, entre les internes titulaires ou provisoires pour l'attribution du prix Biennal de 1 000 francs, fondé par le feu Dr Civiale, au profit de l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires. Ce travail devra être déposé au secrétariat général de l'administration avant le 15 décembre 1900, au plus tard. MM. les internes sont informés que les mémoires qui auraient été déjà présentés pour le concours des prix de l'Internat (médaille d'or) ne pourront pas être admis pour le prix Civiale. Les élèves qui désireraient obtenir des renseignements sur les conditions du concours devront s'adresser au secrétariat général (bureau du service de santé).

Médecins conseillers généraux. — M. le Dr Matrais, radical, maire de Chinon, a été élu conseiller général pour le canton de Chinon le 8 avril.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Ameuille, chevalier de la Légion d'honneur, ancien président de la Société médico-chirurgicale, médecin honoraire du bureau de bienfaisance.

Chronique des Hôpitaux.

Clinique nationale ophthalmologique des Quinze-Vingts. — *Conférences d'ophthalmologie*. — Les médecins de la clinique des Quinze-Vingts commenceront, le lundi 14 mai 1900, des leçons cliniques et théoriques, qui auront lieu dans l'ordre suivant : Mardi, à 1 h. 1/2, Dr Trousseau, leçons cliniques. — Mercredi, à 1 heure, Dr Kalt, leçons de diagnostic ophthalmologique avec indications thérapeutiques. — Jeudi, à 2 heures, Dr Dubief, démonstration d'anatomie pathologique et de bactériologie. — Jeudi, à 3 heures, Dr Valude, thérapeutique chirurgicale; présentation de malades. — Samedi, à 2 heures, Dr Chevallereau, thérapeutique médicale. — Consultations et opérations, à 1 heure.

Hôpital Broca. — *Cours complet de gynécologie*. — M. S. Pozzi, chirurgien en chef de l'hôpital Broca, professeur agrégé à la Faculté de médecine, a commencé ses conférences de gynécologie clinique le vendredi 4 mai à 10 heures, à l'hôpital Broca (annexe Pascal), 111, rue Broca, et les continuera tous les vendredis, à la même heure. — Un cours de gynécologie pratique sera fait les lundis et mercredis, à 10 heures, sous sa direction, et commencera le lundi 7 mai, à 10 heures. Ce cours sera complet en vingt leçons. Démonstration d'histologie sur les pièces du service, le samedi, à 10 heures, à partir du samedi 12 mai, par le chef du laboratoire.

Hôpital Andral. — MM. Albert Mathieu et M. Soupault, feront le vendredi à 10 heures à partir du 11 mai à l'hôpital Andral, 35, rue des Tournelles, des conférences cliniques sur les maladies de l'appareil digestif.

Hôpital de la Pitié. — M. le Dr Babinsky a repris ses conférences cliniques sur les *Maladies du système nerveux*, le samedi 28 avril, et les continuera les samedis suivants.

Hôpital Saint-Louis. — Le Dr Du Castel, conférences cliniques le samedi à 1 h. 1/2. A 1 h. 1/2 consultation externe. A 2 h. 1/2 conférence clinique dans la salle des conférences.

Leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques. — M. Hallopeau, salle des conférences, le dimanche, à 9 heures et demie du matin.

Maladies cutanées et syphilis : Le Pr Fournier a repris le vendredi 4 mai, son cours de clinique.

Hospice de la Salpêtrière. — *Cours de clinique des maladies du système nerveux*. — M. le Pr Raymond : vendredis et mardis, à 10 heures.

Clinique Tarnier. — *Clinique d'accouchement et de gynécologie*. — M. le Pr Budin : mardi et samedi, à 9 heures. — *Ordre du cours* : mardi et samedi, leçons à l'Amphithéâtre; visite des malades tous les matins, à 9 heures. — Dirigeront les exercices pratiques : M. le Dr Schwaab, chef de clinique; MM. les Drs Dubrisay et Chavanne, anciens chefs de clinique; MM. Galippe, Nicloux, Macé et Bouchacourt, attachés aux laboratoires; MM. les Drs Perret, Planchon, Thoyer-Rozat, Chéron et Glaize, moniteurs.

Hopital Saint-Antoine. — *Clinique des affections du système nerveux*. — M. Gilbert Ballet, leçons cliniques sur les affections du système nerveux et la pathologie mentale, (Amphithéâtre de la clinique de la Faculté), le dimanche, à 10 heures.

Hospice de Bicêtre. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants*. — M. Bourneville, samedi à 9 h. 1/2. Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée); présentation de cas cliniques, etc. — *Service de* M. le Dr P. Marie. Le service de l'infirmerie de Bicêtre comprend un grand nombre de malades atteints d'affections chroniques et particulièrement d'affections du système nerveux. Ce service est ouvert aux étudiants et le samedi a lieu, à 9 h. 1/2, une visite générale au cours de laquelle le Dr Pierre Marie présente les malades les plus intéressants.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

XXIXe ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XI. N° 19. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 12 MAI 1900.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

Considérations sur un cas grave de morphi-cocaïnomanie ;

Par le Dr **Paul SOLLIER**, ancien interne des hôpitaux,
Médecin du sanatorium de Boulogne-sur-Seine.

Il s'agit d'un confrère d'une quarantaine d'années, qui contracta l'habitude de la morphine il y a dix ans pour lutter contre la fatigue que lui donnait sa clientèle. C'est là une étiologie assez fréquente chez les médecins. Il commença par un centigramme, mais au bout de quinze jours il en prenait déjà 3 centigrammes. Au bout de trois ans, il était arrivé à 2 et 3 grammes. Il songea alors à se débarrasser de cette habitude, et eut la fâcheuse idée de recourir à la méthode substitutive par la cocaïne. C'est une erreur dont on est revenu aujourd'hui, mais qui avait été propagée par un certain nombre de médecins et non des moindres. Il arriva ce qui arrive toujours : en très peu de temps il était devenu cocaïnomane et prenait 2 grammes de cocaïne, mais il n'en était pas moins morphinomane pour cela, et c'est à peine si la dose de morphine était tombée de 3 à 2 grammes.

Tel est le résultat qu'on obtient toujours avec la méthode substitutive, quel que soit d'ailleurs le substitutif auquel on a recours. Même quand on procède en même temps au sevrage de la morphine, il est dangereux de se servir de substitutifs, qui non seulement enrayent souvent le travail de réparation qui suit le sevrage, mais dont il est quelquefois difficile de débarrasser ensuite le malade. Notre confrère, qui n'avait jusqu'alors ressenti presque aucun inconvénient de son intoxication morphinique, en éprouva dès le début des injections de cocaïne : sueurs abondantes, constipation, selles fétides, excitation cérébrale, diminution de la mémoire, perte du sommeil et de l'appétit ; les fonctions sexuelles subsistèrent, mais diminuées. Cette évolution des phénomènes vient à l'appui de la remarque que j'ai faite à maintes reprises de l'aggravation produite par une seconde intoxication s'ajoutant à une autre, alors même que la somme des deux doses toxiques est inférieure à celles de la première intoxication isolée. Il y a comme un renforcement qui, dans le cas actuel, a fait éclater des accidents qui, sans l'adjonction de la cocaïne, ne se seraient peut-être pas manifestés de sitôt.

Bientôt des troubles de la vue firent leur apparition, puis des hallucinations : il croit voir des gens se promener dans son jardin et venir le voler. La nuit il croit voir derrière ses persiennes des hommes qui veulent lui supprimer sa morphine. Ces gens l'injurient parce qu'il est morphinomane, et lui conseillent de se guérir de son habitude. C'est encore là un phénomène que j'ai rencontré plusieurs fois chez des morphi-cocaïnomanes que cette espèce de dédoublement de la personnalité accompagné d'idées de persécution. Comme sous l'influence de l'alcool, le cocaïnomane est sujet à des hallucinations de la vue, à des idées de persécution. Or, rien ne peut lui être plus désagréable que la menace de se voir privé de sa morphine. Dès lors ses persécuteurs imaginaires ont là une arme toute trouvée. Il est assez original de voir une seconde intoxication concourir, par les idées qu'elle provoque chez le malade, à l'encourager à se débarrasser de la première.

Chez un morphi-cocaïnomane dont j'ai publié autrefois l'observation à la Société médicale des Hôpitaux, il s'établissait un véritable dialogue entre le sujet et les voix qu'il entendait, car les hallucinations de l'ouïe sont aussi fréquentes dans la cocaïnomanie que celles de la vue. Ces voix l'injuriaient, lui faisaient reproche de se laisser aller à la morphinomanie, et il leur répondait comme il l'eut fait à quelqu'un qui lui aurait donné le conseil de se faire soigner. On a là quelque chose d'analogue à ce qu'on voit chez certains persécutés chroniques où il y a des idées d'attaque et de défense.

Au bout de quatre ans, voyant que la méthode substitutive ne lui a pas donné les résultats qu'il en attendait, il essaie d'un voyage et part dans le Midi. C'est encore une idée assez répandue que des voyages, des distractions, peuvent guérir la morphinomanie. Le seul résultat qu'on obtient généralement, c'est de voir les doses augmenter. Les fatigues du voyage en sont en effet un excellent prétexte, la surveillance est presque impossible, surtout avec des malades qui ne reculent devant rien pour satisfaire leur passion. Notre

malade n'échappa pas à la règle, de sorte qu'il se décida à entrer dans une maison de santé.

On lui applique la méthode lente. C'est la plus détestable. J'en ai eu tout récemment encore la preuve chez une morphinomane qui, traitée dans une maison de santé pour une dose qui n'atteignait pas un gramme cependant, en était arrivée au sevrage au bout de quatre mois seulement, et se trouvait alors dans un état général très mauvais, alors qu'avec la suppression rapide elle aurait été guérie en deux mois et aurait repris depuis deux mois déjà sa place dans la société. Perte de temps et d'argent pour les malades, mauvaise réaction, mauvaise convalescence, abandon fréquent de la cure par lassitude et impatience, tels sont les résultats ordinaires de la méthode lente. Elle n'est excusable à tenter que lorsqu'on ne peut décider les malades à se faire traiter dans un établissement spécial. Là, rien ne la justifie que des raisons d'ordre extra-médical, sur lesquelles je ne veux pas insister.

La cocaïne, qui se supprime avec une telle facilité que jamais je n'ai eu besoin de faire une seule injection aux très nombreux morphi-cocaïnomanes que j'ai eus à traiter, ne fut supprimée chez notre malade qu'au bout de trois semaines, et la morphine fut réduite à 4 centigrammes. Cette désintoxication incomplète lui avait permis de reprendre quelques kilos. Il se crut guéri et le médecin de l'établissement le laissa partir non encore sevré de la morphine. Il reprit sa clientèle, et naturellement augmenta aussitôt ses doses et revint à 50 centigrammes. Il y ajoute bientôt la cocaïne, mais cette fois à des doses d'emblée supérieures à celles de la morphine. Ce qu'il y cherche maintenant, c'est une sensation de calme qu'il ne parvient plus à trouver dans la morphine. Il arrive ainsi rapidement à des doses de 4 à 6 grammes de cocaïne par jour, doses qu'il absorbait encore peu de temps avant son arrivée au Sanatorium. Nous avons là un exemple des inconvénients de la suppression lente, dont on peut comparer les résultats avec ceux que je rapporterai tout à l'heure de la suppression rapide. C'est ainsi que beaucoup de malades se disent guéris par la méthode lente quand ils sont arrivés à des doses infimes de morphine. Mais il faut bien savoir qu'un morphinomane ne peut être dit guéri que lorsqu'il est complètement sevré et ne présente plus de phénomènes d'élimination. Autrement il est fatalement conduit, à la première occasion, à augmenter ses doses et le plus souvent même, comme je l'ai observé plusieurs fois, à dépasser rapidement celles qu'il prenait avant d'avoir entrepris sa cure incomplète, ce qui est généralement plus néfaste pour lui que la continuation régulière de son intoxication.

Mais un accident grave vint enfin forcer notre confrère à se soigner d'une manière sérieuse. Une crise d'urémie survint et l'on s'aperçut seulement alors qu'il avait plus de 50 centigrammes d'albumine dans l'urine. J'ai cru pendant un certain temps que la morphine était incapable de produire l'albuminurie et respectait le rein. Quoique cela soit rare, je suis obligé de revenir aujourd'hui sur cette opinion, car j'ai observé plusieurs cas où l'albuminurie était certainement due à cette cause, et disparaissait du reste par la démorphinisation. Je dois ajouter cependant que je n'ai observé ce fait que chez des morphi-cocaïnomanes, et qu'il y a lieu par conséquent de se demander quelle est la part qui revient à la morphine et à la cocaïne. Je réserve donc mon opinion sur ce point jusqu'à nouvel ordre. Mais ce que je puis dire, c'est que cette albuminurie ne semble pas très grave ni tenace, puisque je l'ai toujours vue disparaître par le sevrage de la morphine.

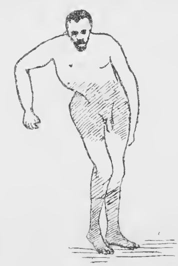


Fig. 16. — Les hachures indiquent les parties pigmentées.

Voici maintenant l'état que présentait ce malade quand il me fut amené. Son attitude est insuffisamment représentée par le dessin que j'en donne (*Fig.* 16), et qui est celle qu'il arrivait à prendre en se redressant au maximum en s'appuyant avec la main droite sur une canne. Il marchait complètement plié en deux, le genou à demi fléchi, le poids du corps portant surtout sur la pointe du pied, et le corps tout entier tordu en quelque sorte sur lui-même. Le tronc présente une voussure, énorme à droite, formée par la saillie des côtes, au-dessous desquelles se voit un sillon très profond formé par le rebord des fausses côtes et la crête iliaque, qui se touchent presque. Cette déformation est produite par une infiltration et une rétraction des tissus de l'abdomen et des hanches. Toute cette région est, en effet, celle où le malade a l'habitude de faire ses piqûres, piqûres qui ont déterminé une multitude de petits abcès, en quelque sorte chroniques, diffus et agglomérés, de sorte que tout le tissu cellulaire, depuis l'ombilic jusqu'à la partie moyenne des cuisses, est infiltré sur une assez grande épaisseur, la peau est inégale, couverte de croutelles et pigmentée. En l'examinant j'y découvre deux aiguilles qui y sont encore piquées, le malade ne se donnant plus la peine de les retirer après l'injection faite pour éviter de les réintroduire faute de place.

Les membres inférieurs présentent une coloration brun noir, allant en dégradé depuis les orteils jusqu'à mi-jambe. Toute la peau du tronc et des cuisses est d'ailleurs pigmentée, mais les bras sont restés blancs.

Cette infiltration chronique de l'abdomen et des cuisses a fini par amener de la rétraction des tissus et peu à peu le tronc s'est fléchi en avant, surtout à droite. De ce côté la cuisse est maintenue en flexion sur le bassin et il est impossible de l'étendre. Par suite de cette attitude vicieuse le genou a été forcé de se fléchir aussi et l'attitude est devenue à peu près celle d'une coxalgie. Mais l'induration des tissus, n'était pas due seulement à l'infiltration des tissus car elle existait dans des parties où il n'avait jamais été fait de piqûres, la partie inférieure des jambes et les pieds d'une part et de l'autre les mâchoires. J'ai vu dernièrement un cas analogue chez un ancien morphinomane, qui présentait la même torsion du tronc que notre malade, et chez lequel cette déformation était survenue en dehors de

tout abcès cependant. L'étiologie de ces déviations et de ces rétractions est donc assez variée et complexe.

J'ai signalé déjà cette infiltration et cette rétraction chez des morphinomanes, en particulier chez un confrère qui en était arrivé à avoir les deux jambes immobilisées en flexion, et était incapable de marcher, à la suite de l'habitude qu'on lui avait laissé prendre pendant un an de se servir de ses genoux comme pupitre pour lire dans son lit (*Fig.* 17). Ces cas sont rares du reste et l'exemple que j'en rapporte ici est un des plus caractérisés, je crois, qu'on puisse voir. C'est une complication de la morphinomanie contre laquelle on doit être d'autant plus en garde, malgré sa rareté, qu'elle ne paraît pas être seulement en rapport avec des abcès confluents, mais aussi et surtout peut-être avec une prédisposition des sujets à faire du tissu fibreux.

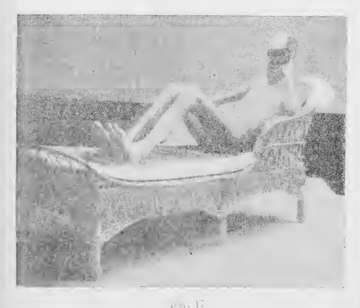


Fig. 17

Les pieds présentaient un certain degré d'œdème, dû à l'albumine qui était d'environ cinquante centigrammes par litre. Les urines sont abondantes, deux litres à deux litres et demi par jour. Le cœur est normal, mais bat trop rapidement, 100 à la minute ordinairement. C'est, en général, un signe de mauvais augure chez les morphinomanes fortement intoxiqués, et qui doit faire craindre de voir survenir au moment du sevrage des syncopes ou de l'épuisement cardiaque, si on n'a pas eu soin de préparer l'élimination et de supprimer ainsi dans la plus grande mesure possible l'effort que le cœur a à faire à ce moment. C'est un point sur lequel je ne saurais insister trop fortement, car depuis que j'applique ces principes je n'ai jamais observé, même chez les malades les plus intoxiqués, comme celui-ci, par exemple, la moindre menace de syncope ni de faiblesse du cœur, et par conséquent aucun accident.

Notre malade présentait encore un signe qui n'avait rien de rassurant, et qu'on rencontre heureusement exceptionnellement, à savoir une réduction énorme du taux de l'oxyhémoglobine, qui était seulement de 4,5. Le sang issu de la piqûre se coagulait immédiatement; il était très épais, sortait avec peine de la peau et avait l'aspect noirâtre du sang asphyxique. Cette constatation était du reste corroborée par l'analyse hématoscopique. Non seulement, en effet, il y avait la réduction énorme d'hémoglobine que je viens de dire, mais encore les raies du spectre présentaient la disposition de celles de l'hémoglobine oxycarbonée.

Ce fait permet de comprendre comment se produit le collapsus, dont on fait un si grand épouvantail dans la démorphinisation rapide, alors qu'il est extrêmement rare et qu'il est dû uniquement à un défaut de méthode dans le sevrage. J'avais, en effet, remarqué autrefois, alors que je suivais la méthode rapide des Allemands, que ce qui survenait d'abord dans les syncopes c'était l'arrêt respiratoire et non celui du cœur, et, d'autre part, que c'était toujours dans des cas où le sang présentait l'aspect noir du sang asphyxique. J'en avais conclu que la syncope ou le collapsus n'étaient autre chose que des phénomènes d'asphyxie, le sang étant très épaissi par suite des évacuations abondantes au moment du sevrage, et le cœur fatigué par de trop grands efforts ne pouvant plus mettre en mouvement ce sang épais et coagulable, d'où hématose incomplète et asphyxie. La constatation du spectre de l'hémoglobine oxycarbonée vient confirmer cette manière de voir.

L'inappétence était absolue, la constipation de règle. Les nuits étaient agitées par des cauchemars et des hallucinations visuelles, les fonctions génésiques complètement abolies depuis deux ans au moins. Malgré l'état de ce malade je n'hésitai pas à procéder rapidement, comme j'ai habitude de le faire. Entré le 7 décembre au soir je lui donne seulement 70 centigrammes de morphine le lendemain, et pas de cocaïne. Comme toujours cette suppression de cocaïne ne détermine absolument aucun trouble et le malade n'en est nullement gêné. Je le purge et le mets au régime lacté absolu. Le surlendemain je lui administre une nouvelle purgation et ne lui donne que 60 centigrammes de morphine. Il a un peu dormi la nuit et est moins abruti. Le 10 décembre, la nuit a été plus agitée; administration d'un gramme de calomel et maintien de la dose de 50 centigrammes de morphine. Le 11, nouvelle purgation, grâce à laquelle le malade se décide enfin à aller à la selle d'une façon assez copieuse. La dose de morphine est abaissée à 34 centigrammes. La coloration brune de la peau commence à pâlir. Le 12, la nuit a été calme et j'abaisse la morphine à 22 centigrammes. L'albumine n'est plus que de 20 centigrammes, et la quantité d'urine est de trois litres par 24 heures. L'examen hématoscopique montre que l'hémoglobine n'est plus oxycarbonée et est remontée à 5,5. Le sang est plus fluide et sort mieux. Le nombre des globules rouges est de 2.201.000 seulement. Le 13 décembre, je décide le sevrage. Je purge de nouveau le malade, et lui donne une injection de 4 centigrammes à 7 heures du matin et la dernière à une heure. A trois heures je lui fais une injection de pilocarpine qui le fait transpirer et saliver abondamment. L'induration des jambes a presque disparu et celle de l'abdomen diminue. L'albumine est remontée à 40 centigrammes.

Les troubles du sevrage ne présentèrent rien de particulier : baillements, tiraillements dans les jambes et les bras, crampes, sensations de brûlures et de décharges électriques dans les parties rétractées, vomissements bilieux, selles abondantes, soif vive. Mais le cœur ne présenta ni faiblesse, ni ralentissement, ni irrégularité, sans qu'il fût besoin d'administrer aucun toxique du cœur. La nuit du 14 au 15 se passe sans douleurs, à part la soif qui est très vive encore. L'albumine est remontée à un gramme. Le soir toute douleur et toute soif ont disparu. Les selles sont toujours très abondantes. Des douches chaudes alternant avec des bains chauds de cinq minutes, ont été administrés pendant les deux nuits du 13 et 14 et dans la journée.

*

Dans la nuit du 15 le malade commence à dormir un peu. Le 16, la contraction des mâchoires a tendance à disparaître, et l'induration des autres parties diminue aussi. L'albumine est redescendue à 25 centigrammes. Les selles sont toujours bilieuses et abondantes.

Le 17, nouvelle purgation à la suite de laquelle l'appétit commence à apparaître sous forme de fringales. Le 18, la journée est très bonne. Le malade dévore et commence à marcher plus facilement et plus droit. Son poids qui était de 59 kilog avant la suppression est tombé après le sevrage à 57 le 16 décembre. Mais le 20 il est déjà revenu à 60 kilog, le malade engraissant de 1 kilog par jour. Voici du reste, à titre d'exemple, car cette progression n'a rien de spécial à lui, les poids successifs depuis le sevrage :

Le 16 *décembre* (surlendemain du sevrage), 57 kilog; le 19, 60 kilog.; le 23, 63 kilog.; le 30, 66 kilog. 800.

Le 6 *janvier*, 71 kilog. 400; le 13, 74 kilog. 400; le 20, 75 kilog.; le 27, 75 kilog.

Le 3 *février*, 76 kilog. 200; le 17, 78 kilog. 700.

En deux mois, ce malade a donc repris presque 22 kilogs, et cela malgré des purgations très fréquentes, administrées dès que l'intestin paraissait moins fonctionner. Tout le reste a marché à l'avenant. Le 22 décembre, neuf jours seulement après le sevrage, l'hémoglobine était montée à 7,5, et le nombre des globules rouges était de 4.340.000, c'est-à-dire doublé; et l'albumine n'était plus que de 10 centigrammes. Elle disparut dès le début de janvier pour ne plus reparaître, ce qui montre bien qu'elle était liée à l'intoxication. Ce cas, joint à d'autres que j'ai observés, me permet donc de penser que l'albuminurie des morphinomanes est curable. Les fonctions génésiques revinrent dans le courant de janvier, soit au bout de trois semaines à un mois comme il est de règle. Le 20 février, le sang avait repris sa couleur normale, mais ne contenait encore que 9,5 d'hémoglobine.

C'est un point sur lequel je dois attirer l'attention. Il nous explique en effet pourquoi les morphinomanes, malgré une santé en apparence excellente, malgré le retour du sommeil et de l'appétit, — il n'est pas rare de les voir dormir 10 à 12 heures par jour, — conservent pendant si longtemps après le sevrage une extrême tendance à se fatiguer pour le moindre effort. Cette facilité à se fatiguer est un des plus gros écueils de la convalescence et un de ceux contre lesquels on doit le plus les mettre en garde, car c'est la principale source des récidives. Se sentant très bien ils se croient solides, alors qu'ils ne sont bien qu'à la condition de ne faire presque rien pendant un certain temps. Tel était le cas de notre malade. La seule semaine où il n'ait non seulement pas augmenté de poids, mais diminué, correspond à une période de sorties et de distractions diverses. Le faible taux de son hémoglobine, qui est celui d'un sang encore très anémié, nous rend compte, je crois, dans une certaine mesure de cette faiblesse persistante sous des apparences de santé parfaite. Cet état d'anémie, latente en quelque sorte, n'est pas spéciale à ce malade, comme on pourrait le croire, en raison de son extrême intoxication. C'est au contraire un fait général, qui ne paraît pas en rapport avec le degré d'intoxication des sujets, mais avec la restauration des tissus organiques, restauration qui exige un temps beaucoup plus long qu'on ne l'imagine ordinairement, et pendant lequel toute fatigue doit être évitée, car elle entrave le travail de régénération et retarde la guérison au lieu de produire de l'entraînement comme on le croit en général.

Lorsque ce malade est parti, la décoloration des parties pigmentées de la peau était très avancée, et la souplesse des membres inférieurs et du bassin presque revenue, grâce à quelques exercices d'assouplissement, d'ailleurs assez douloureux. Néanmoins, l'attitude était très modifiée, ainsi qu'en témoigne la figure 18.



Fig. 18.

Voici donc un morphinomane gravement intoxiqué, albuminurique, ayant même eu récemment un accès d'urémie, avec un sang réduit à une quantité d'hémoglobine infime et de plus oxycarbonée en état d'asphyxie imminente par conséquent, et qui cependant peut supporter le sevrage rapide au sixième jour, alors qu'avec la méthode lente on ne l'avait pas guéri en trois semaines, malgré des doses moindres et un meilleur état général. Au cours du sevrage il n'y a que les troubles nécessaires, c'est-à-dire ceux qui proviennent, suivant le mécanisme que j'ai donné (1) de la démorphinisation, de la desquamation glandulaire et épithéliale. Mais le cœur ne bronche pas, il n'y a pas la moindre tendance à des syncopes, ni même à des lipothymies. L'appétit revient avec le sommeil dès le quatrième et le cinquième jour. Puis tout rentre successivement dans l'ordre, et au bout de deux mois le malade a récupéré 22 kilog. et regagné son poids normal en bonne santé. A aucun moment, ni pendant le sevrage, ni après, on n'a eu recours à aucun adjuvant, soit pour soutenir le cœur pendant la suppression, soit pour exciter l'appétit ou ramener le sommeil. Tout cela est non seulement inutile, mais dangereux, et entrave la convalescence au lieu de l'activer.

Ce n'est pas à sa rapidité que la méthode que je préconise doit ces résultats et cette sécurité. J'ai autrefois employé la méthode dite rapide d'Erlenmeyer, laquelle d'ailleurs est beaucoup moins rapide que la mienne, et j'avais fréquemment des accidents plus ou moins inquiétants : syncopes respiratoires, ralentissement du cœur, tendance au collapsus avec refroidissement ; j'étais quelquefois obligé de recourir à la morphine au cours du sevrage ; les malades mettaient plus de temps à recouvrer l'appétit et le sommeil, et enfin, considération qui n'est pas négligeable, les phénomènes de suppression étaient beaucoup plus pénibles et duraient

(1) La démorphinisation. Mécanisme physiologique. *Presse médicale*, 1899.

davantage. Depuis quatre ans que j'applique la méthode basée sur le mécanisme physiologique de la démorphinisation, et que je prépare l'élimination des éléments intoxiqués par tous les moyens possibles, ce qui ne demande jamais plus de quatre, cinq, ou au maximum six jours, je n'ai jamais eu le plus petit accident inquiétant, la moindre menace de syncope, et le collapsus, si fréquent dans la méthode brusque, est pour moi un mythe, dont bien à tort on agite encore le spectre aux yeux des malades et des médecins.

On rapporte quelquefois des observations de morphinomanes qu'on n'a pu arriver à sevrer à cause des accidents graves qu'ils présentaient, on m'en a confié à moi-même qui n'avaient pu l'être, soit par la méthode lente, soit par la méthode brusque, et qui n'ont présenté avec l'emploi de la méthode rapide et, si je puis dire, desquamative, aucun des troubles qui les avaient empêché d'aller jusqu'au bout du sevrage. Favoriser la desquamation épithéliale et glandulaire, et aller aussi rapidement que possible, de façon à provoquer une réaction vive et franche de l'organisme, tels sont les deux principes sur lesquels on peut s'appuyer pour dire qu'il n'y a pas de cas de morphinomanie, si grave soit-il, qu'on ne puisse guérir. On cite de temps en temps des procédés nouveaux pour traiter les morphinomanes. Ils ont tous un défaut capital : c'est de n'être applicables qu'à certains cas. Je doute qu'on puisse trouver une méthode à la fois plus sûre, plus rapide, plus simple et plus capable de restaurer la santé avec une telle intensité, que celle qui produit des résultats semblables à ceux obtenus dans un cas aussi grave que celui que je viens de rapporter, et qui n'est d'ailleurs pas exceptionnel.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Contre l'alcoolisme : un bon conseil et une excellente circulaire.

Nous connaissons tous, médecins, les redoutables conséquences de l'*alcoolisme* et tous nous le combattons dans la mesure du possible. Les journaux de médecine, à peu près sans exception, reviennent sans cesse sur ce mal public, et font tous leurs efforts pour l'enrayer. Tout le monde connaît les excitations, les exagérations qui se produisent dans les réunions publiques, dans les manifestations de la rue. Les esprits observateurs savent, depuis longtemps, que le plus souvent elles ont pour auteurs des individus habitués aux excès alcooliques. Mais peu osent le dire tout haut, Urbain Gohier, lui, n'a pas hésité. Voici, pour preuve, la fin d'un article qu'il vient de publier dans l'*Aurore* du 6 mai :

« L'alcoolisme, écrit-il, c'est la fureur de l'imbécillité, c'est la Boulange, le nationalisme. L'alcoolisme livre le travailleur à ses ennemis, consume son épargne, détruit son intelligence, fait de lui un esclave inconscient, un égorgeur ou un cadavre, au gré du maître.

« Dans les réunions publiques où je me rends depuis deux ans, j'éprouve une horreur insurmontable, autant de défiance que de dégoût, pour les braillards qui débitent des boniments violents, avec un souffle empesté de vitriol. Ils ont tout de suite un air d'agent provocateur. Leurs camarades doivent les tenir pour dangereux, les écarter de l'œuvre commune. J'ai constaté avec joie que des ouvriers entreprennent eux-mêmes la croisade contre l'alcool.

« On ne fait pas la Révolution avec des ivrognes. On fait la Révolution avec des hommes de sang-froid, maîtres de leur raison et de leur volonté. *Pour s'affranchir de ses oppresseurs, il faut que le peuple s'affranchisse d'abord de l'alcool.* »

Ce langage énergique nous plaît. Le conseil est bon. Si la presse politique républicaine tout entière menait la même campagne, on verrait diminuer considérablement le nombre des énergumènes alcooliques, et par conséquent disparaître des conseils élus leurs camarades en ivrognerie.

Dans quelques pays, en Allemagne par exemple, les chefs ont pris des mesures sérieuses pour s'opposer aux progrès de l'alcoolisme dans l'armée. Cet exemple a été imité par quelques-uns de nos généraux. Les résultats qu'ils ont obtenus ont attiré l'attention du Ministre de la Guerre, qui vient d'adresser à tous les commandants de corps d'armée la circulaire suivante :

« Mon cher Général,

« En vue de défendre les troupes placées sous vos ordres contre le danger de l'alcoolisme, des chefs militaires ont pris il y a quelque temps l'initiative de mesures diverses, concernant la consommation de l'alcool dans les casernes ; les unes simplement restrictives, consistent dans l'interdiction aux cantiniers de vendre de l'eau-de-vie ou liqueurs similaires à certaines heures de la journée, ou encore se rapportent à une sélection de boissons spiritueuses dont la vente est tolérée, les autres ont trait à l'interdiction absolue de débiter de l'alcool dans les cantines.

« Il importe, au point de vue de l'hygiène et de la discipline, de faire cesser ces divergences, d'uniformiser les prescriptions relatives à la prophylaxie de l'alcoolisme et d'étendre à toute l'armée une action bienfaisante qui ne saurait être localisée à quelques corps de troupe.

« En conséquence, j'ai décidé l'interdiction absolue de la vente dans les cantines, d'aucune eau-de-vie, ni liqueur à base d'alcool, ni aucune des multiples préparations connues sous le nom d'apéritifs.

« Cette interdiction s'étend à toutes les cantines des casernes, quartiers, camps et terrains de manœuvres. Est seule autorisée dans les casernes la vente des boissons fermentées, vins, bières, cidres, poirés, et celle de toutes les boissons usuelles telles que café, thé, lait, chocolat, etc., et ne renfermant pas d'alcool.

« Je vous invite à prendre les mesures nécessaires pour que ces prescriptions, qui seront affichées dans les cantines, soient immédiatement exécutées. — Signé : Galliffet. »

C'est là une excellente circulaire dont on ne peut que souhaiter la rigoureuse application. Elle ne semble viser que les soldats et les sous-officiers. Et les officiers, eux, continueront-ils, en grande majorité, à s'abreuver d'absinthe, d'apéritifs, dans les cafés qu'ils fréquentent ?

D'autres ministres ont le devoir d'intervenir dans la lutte contre l'alcoolisme : C'est le Ministre des Finances en réalisant la *suppression du privilège des bouilleurs de cru* ; c'est surtout le Ministre de l'Intérieur, M. Waldeck-Rousseau, en exigeant l'*application rigoureuse de la loi sur l'ivresse*, des lois et arrêtés sur les falsifications alimentaires. *Salus populi, suprema lex.*

Hygiène sociale. Prisons et prisonniers.

Nous avons protesté il y a quelque temps (*Progrès médical*, n° 15, 14 avril, page 232) contre les opinions inhumaines exprimées par le *Rappel de l'Eure*, à propos d'un projet de construction d'une prison cellulaire à Bernay. Nous terminions en disant que, parmi les malheureux réputés criminels, il y en avait un grand nombre qui, en raison de leur hérédité, de leurs accidents personnels et du milieu dans lequel ils avaient vécu, étaient plutôt des individus dignes de pitié et que la société, tout en se pré-

servant contre leurs impulsions dangereuses, devait les traiter humainement. Voici, à l'appui de notre thèse, un passage d'Edmond de Goncourt, emprunté à la *Fille Elisa* :

« Oui! cette pénalité du *silence continu*, ce perfectionnement pénitentiaire, auquel l'Europe n'a pas osé cependant emprunter ses coups de fouet sur les épaules nues de la femme, cette torture sèche, ce châtiment hypocrite allant au delà de la peine édictée par les magistrats et tuant pour toujours la raison de la femme condamnée à un nombre limité d'années de prison, ce régime américain et non français, ce système Auburn, j'ai travaillé à le combattre avec un peu de l'encre indignée qui, au XVIIIe siècle, a fait rayer la torture de notre ancien droit criminel. Et mon ambition, je l'avoue, serait que mon livre donnât la curiosité de lire les travaux sur la folie pénitentiaire (1), amenât à rechercher le chiffre des *imbéciles* qui existent aujourd'hui dans les prisons de Clermont, de Montpellier, de Cadillac, de Doullens, de Rennes, d'Auberive, fît, en dernier ressort, examiner et juger la belle illusion de l'amendement moral par le silence, que mon livre enfin eût l'art de parler au cœur et à l'émotion de nos législateurs. »

Les aliénées, les vénériennes, les filles-mères, les prisonniers dits criminels ont tous, pendant longtemps, été traités d'une façon barbare. Grâce aux efforts persévérants, pendant des siècles, d'un certain nombre de médecins, les aliénés ont fini par être considérés comme des malades et on est arrivé peu à peu, sinon à supprimer, du moins à diminuer l'emploi envers eux des moyens barbares. Il commence à en être de même, dans une certaine mesure, pour les vénériennes qu'on ne fouette plus avant et après le traitement, mais qu'on ne considère pas encore et partout, comme des malades. La façon dont les filles-mères sont traitées dans certains établissements, dits hospitaliers, de province, indique que, de ce côté aussi, il reste toujours beaucoup à réaliser. En ce qui concerne les prisonniers, Edmond de Goncourt, après et avec beaucoup d'autres, indique la voie à suivre.

Unité de l'Assistance publique.

La façon dont s'opère l'assistance des malheureux à Paris et dans le département de la Seine, donne lieu dans la presse politique à des attaques quotidiennes et permanentes. On dirait parfois qu'elle est faite de façon à irriter les malheureux, et il en sera ainsi tant qu'on n'aura pas procédé à une réforme radicale de l'Assistance publique de Paris, que l'on conservera QUATRE « Assistances publiques » et qu'on n'aura pas organisé une *seule* administration d'Assistance publique pour Paris et le département de la Seine. Voici un nouvel exemple à l'appui de notre thèse :

Mme S... a un fils interné à l'asile de Bicêtre par l'Administration *départementale* de l'Assistance publique. Son beau-père est hospitalisé comme vieillard à l'hospice de Brévannes, par l'Administration *municipale* de l'Assistance publique.

Il en résulte que Mme S... et les siens, pour remplir leurs devoirs familiaux, sont obligés de faire double dépense pour aller à Brévannes et à Bicêtre, de supporter double perte de temps pour ces voyages, et restreindre leurs visites.

S'il y avait unité d'Assistance publique et une Administration inspirée à tous les degrés de sentiments républicains, le vieillard aurait été envoyé à l'hospice de Bicêtre, à côté de son petit-fils, ce qui aurait permis à une famille qui ne vit que de son travail, de visiter plus souvent ses deux parents avec moins de dépense et moins de perte de temps. B.

(1) Rapports des Drs Lélut et Baillarger dans la *Revue pénitentiaire*, t. II, 1845.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 5 *mai* 1900. — PRÉSIDENCE DE M. BOUCHARD.

Modifications histologiques et chimiques de la moelle osseuse dans l'inanition.

MM. ROGER et JOSUÉ. — Sous l'influence du jeûne, la moelle osseuse du lapin a donné des cellules médullaires en pleine prolifération ; les fibrilles sont épaissies et comme œdémateuses ; les cellules graisseuses sont modifiées, la graisse étant remplacée par une substance grenue parcourue par un fin réseau qui s'insère sur les parois de l'aréole ; le noyau gonflé a émigré au centre de l'élément. Après le jeûne, si on remet les animaux à l'alimentation normale, on voit disparaître d'abord les modifications des cellules graisseuses et conjonctives. La prolifération cellulaire persiste plus longtemps. Dans les animaux inanitiés, les myélocytes neutrophiles dominent ; dès qu'ils sont remis à l'alimentation, le nombre des globules rouges énucléés devient considérable. Au bout de quelque temps, retour à l'état normal. L'eau qui, à l'état normal, oscille dans la moelle osseuse du lapin autour de 32 0/0 monte à 80 0/0 dans l'inanition ; la graisse se résorbe et tombe de 50 0/0 au-dessous de 1 0/0. Les albumines solubles augmentent de 0,77 à 3 ou 4.

Chez les animaux que l'on nourrit, les chiffres tendent à revenir à l'état normal, mais l'albumine et les substances insolubles restent longtemps à un taux élevé. La moelle osseuse ne revient donc pour ainsi dire pas à l'état normal après un jeûne prolongé. Elle est réellement en état de suractivité pendant la période de jeûne, les cellules prolifèrent et la quantité d'eau et d'albumine augmentent.

Micrococque anaérobie, hôte des suppurations urinaires.

M. COTTET (d'Evian) a trouvé par la méthode de Veillon et Zuber, dans les suppurations urinaires, un micrococque qu'il nomme *diplococcus reniformis.* Il est en grain de café, s'oppose par sa surface plane, se colore par l'aniline, ne se colore pas par le Gram ; il pousse bien à 37° dans la gélose sucrée en couche profonde, donne des colonies fines arrondies, jaunâtres, qui vivent cinq à six semaines sans dégagement apparent de gaz. L'auteur l'a rencontré dans quatre cas d'abcès urinaires, dans une pyonéphrose et dans une cystite. Il ressemble beaucoup au gonocoque.

M. CLUZET (de Toulouse) étudie la réaction de dégénérescence après des sections nerveuses, enregistrant les diverses phases de contractions musculaires consécutives aux réactions nerveuses.

Histoire physiologique de l'inuline chez les animaux.

M. RICHOMME montre que l'inulose rencontré chez certains végétaux est un ferment spécifique qui ne se rencontre à aucun moment dans l'appareil digestif. L'inuline, injectée dans le sang, n'est pas directement assimilable ; mais le suc gastrique paraît l'agent normal de la digestion de l'uniline. Le régime inulacé ne modifie pas la nature du glycogène du foie. Le glycogène d'animaux nourris avec des topinambours, donne par hydrolyse du glycose dextrogyre.

MM. PORTIER et PIERI qui ont travaillé le même sujet sont arrivés aux mêmes conclusions.

Mollusques apisthobranches.

M. GUIART propose une classification différente des

mollusques apisthobranches. Les tectibranches ne doivent contenir que les bulléens et les aphysiens: quant aux pleurobranchéens ils doivent rentrer dans la classe des nudibranches. Le genre *acera* placé parmi les bulléens est en réalité un aplysien. Les ptéropodes doivent être dédoublés en deux groupes : les thicosomes qui ne sont que des bulléens modifiés par la vie pélagique et les gymnosomes qui sont des aplysiens modifiés par le même genre de vie.

Les centres nerveux viscéraux de l'aplysien a un ganglion de gauche composé vraiment de deux ganglions accolés, d'où trois ganglions viscéraux qui sont respectivement homologues des ganglions sus-intestinal, viscéral et sous-intestinal des autres gastéropodes.

M. Yvon présente un glycosimètre, très sensible, ne demandant pas l'emploi de la lumière monochromatique.

M. Delamarre donne une description détaillée des lymphatiques de l'estomac chez certains animaux. E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 8 mai 1900. — Présidence de M. Marey.

Traitement de l'alcoolisme.

M. Crivelli a obtenu un très grand nombre d'améliorations et plusieurs guérisons durables par le traitement suivant : Au début, injection de sérum artificiel, puis repos absolu, bains, massage, alimentation légère, café, puis injections hypodermiques, deux fois par jour, de solution de strychnine au centième; on débute par des injections de 3 gouttes, on augmente de 2 gouttes par jour jusqu'à l'apparition des premiers phénomènes d'intoxication qui se produisent après 20 à 40 gouttes, ce qui correspond de 3 à 5 milligrammes de strychnine pure par jour. Les doses sont ensuite graduellement réduites jusqu'à retour au point de départ.

M. Fernet, par une excellente initiative, demande l'inscription de l'alcoolisme dans la liste des causes de décès des statistiques municipales. Après quelques observations de MM. Colin Marey, Vallin, cette proposition très importante et très pratique du moins dans les grandes villes, est adoptée par l'Académie.

La variole à Madagascar.

M. Hervieux signale la fréquence et la gravité de la variole à Madagascar. La vaccination prend heureusement une extension de plus en plus grande.

Les grands prolapsus rectaux.

M. Delorme montre que l'ablation de la muqueuse rectale, réservée jusqu'ici au traitement des prolapsus purement muqueux, est également applicable aux prolapsus du deuxième groupe dans lequel toutes les tuniques de l'intestin participent à la chute rectale, qu'il y ait ou non invagination. L'étendue de la portion muqueuse à exciser ne peut encore etre précisée L'expérience ultérieure nous fixera sur ce point d'un intérêt de premier ordre. Il faut se garder de pratiquer des excisions trop grandes. Dans le prolapsus avec invagination, même volumineux, l'ablation de 20 à 30 centimètres paraît suffire. Peut-être pourra-t-on la réduire. L'opération, qui consiste en une dissection longue, minutieuse, dans un champ opératoire étendu et souillé par une rosée sanguine assez abondante, est délicate. Il serait bon de ne l'entreprendre qu'après s'être exercé, au préalable, à la cure radicale des hemorroïdes par l'ablation circulaire de la muqueuse anale. Le traitement consécutif a une importance de premier ordre. Un traitement consécutif mal dirigé, trop peu sévère, compromis par un malade indocile, peut atténuer ou annihiler le résultat de l'opération la mieux faite, exposer à l'infection du champ opératoire, à celle du péritoine, aux cicatrices vicieuses, aux rétrécissements du rectum. *Immobiliser la région anale jusqu'à production d'une cicatrice solide, tel est le but à poursuivre.* Il ne doit pas être perdu de vue un instant.

Elections de trois associés étrangers.

Sont élus : MM. Bang (de Copenhague), Stockvis (d'Amsterdam), E. Fischer (de Berlin). A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 4 mai 1900. — Présidence de M. Troisier.

Dysenterie hypertoxique.

M. Roger en son nom et au nom de M. Quelmé (du Faou-en-Finistère), rend compte à la Société de leurs recherches sur un colibacille provenant de selles dysentériques; ce colibacille élaborait des toxines d'une virulence exceptionnelle. Cet agent est bien le microbe pathogène des dysenteries de nos pays, et sa virulence peut s'exalter parfois d'une façon extraordinaire.

Hémi-hyperesthénie sensitivo-sensorielle et neuro-musculaire durant la convalescence d'une fièvre typhoïde.

M. Lacasse, au nom de M. Jacquet et au sien, présente un malade qui, au cours d'une convalescence de fièvre typhoïde, a présenté une hyperesthésie intense de la peau, des murales, des nerfs crural et sciatique, de la vue et de l'ouie et plus légèrement de l'odorat et du goût du côté gauche. Une hyperthermie momentanée suivie d'hypothermie du même côté relativement au côté droit s'est aussi manifestée.

Goitre exophtalmique, sclérodermie et tétanie.

M. Dupré présente un malade qui, depuis l'âge de 13 ans, offre tous les éléments du syndrome de Basedow; à 24 ans, il fut atteint de sclérodermie au niveau de la région frontonasale et sur l'annulaire et l'auriculaire de chaque main. A 29 ans, la zone du cubital où déjà se manifestait la sclérodermie présentait de la tétanie, et les contractures s'étendaient aux membres supérieures et s'y cantonnaient. L'hérédité alcoolique du malade est considérable On a affaire d'ailleurs à un dégénéré. De nombreuses associations du syndrome de Basedow et de la sclérodermie ont été rapportées, mais l'association avec la tétanie est absolument rare. En tous cas, ces accidents paraissent tous provenir d'une altération de la glande thyroïde.

La méningite dans la fièvre typoïde.

M. Troisier, avec une observation à l'appui, prétend que les méningites infectieuses atténuées et guérissant parfaitement se rencontrent au cours de la fièvre typhoïde et qu'on aurait tort de les désigner sous le nom de méningisme.

M. Dupré fait remarquer que le méningisme, en effet, est une dénomination qui ne doit s'appliquer qu'aux accidents d'origine hystérique qui simulent la méningite. J. N.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 10 mai 1900. — Présidence de M. Richelot.

Suture du cœur.

M. Fontan présente une observation de plaie de ventricule gauche, qu'il a entourée et le malade a parfaitement guéri; c'est le troisième cas de ce genre; ce qui a particulièrement gêné l'opération, c'étaient les mouvements du cœur, mais particulièrement ceux dus à la respiration.

Hygroma de la bourse séreuse du psoas.

M. Potherat fait un rapport sur une observation de M. Duprat (de Genève), concernant un hygroma de la bourse séreuse du psoas; l'opérateur ayant trouvé dans la poche deux corps étrangers, osseux au centre, cartilagineux à la périphérie, émit l'hypothèse (le malade ayant eu une fracture de l'extrémité supérieure du fémur vingt-six ans auparavant), que deux esquilles osseuses se seraient détachées du foyer fracturé et auraient ultérieurement pénétré dans la bourse du psoas. M. Potherat fait remarquer que la structure de ces corps étrangers différait peu de celle des corps étrangers habituels des synoviales et qu'il serait plus rationnel de leur supposer cette origine.

Traitement du prolapsus du rectum.

M. DELORME présente un nouveau procédé pour la cure radicale du prolapsus rectal ; qu'il s'agisse de prolapsus total ou de prolapsus par invagination, il résèque la muqueuse sur une étendue plus ou moins grande, mais toujours la muqueuse seulement. Ce procédé présente plusieurs avantages ; il se fait, au niveau de l'anus, une accumulation de fibres musculaires qui renforcent singulièrement le sphincter; la tension de la muqueuse, qui est unie à la peau, s'oppose énergiquement à la pression et à toute nouvelle descente. La technique comporte trois temps : 1° la dilatation du sphincter que M. Delorme fait avec les pouces; 2° le détachement de la muqueuse, avec un instrument mousse, jusqu'à ce que l'on sente une certaine résistance; 3° la fixation de la muqueuse à la peau de la marge de l'anus. On applique un pansement compressif et le malade est soumis à la diète jusqu'à guérison complète.

M. Delorme a appliqué et procédé trois fois; un malade chez lequel il a réséqué 80 centim. de muqueuse est mort ; chez les deux autres où la résection a été moins étendue (25-30 centim.), la guérison fut parfaite.

Inondation péritonéale.

M. TUFFIER insiste particulièrement sur le drainage, le Mickulicz ne peut servir qu'à tamponner, et non à drainer; il est préférable de mettre un drain en métal qui a l'avantage de pouvoir être entouré de gaze pour tamponner; d'autre part, il vaut mieux drainer par le vagin qui est le point déclive, et l'on peut ainsi fermer complètement l'abdomen, ce qui évite l'évacuation ultérieure.

M. BAZY se sert toujours du Mickulicz, mais en y ajoutant un drain.

M. DELBET fait remarquer que le drainage n'est pas toujours indispensable; quand il s'agit d'une grossesse récente et que l'on a pu tout enlever, il est inutile de drainer.

M. ROUTIER considère également le drainage comme inutile dans certain cas, si la péritoine est absolument asséché ; pour se faire, il faut remettre la malade à plat, avant de fermer l'abdomen ; d'autre part, quand on juge le drainage utile, il faut rejeter le Mickulicz qui tamponne, mais ne draine pas; enfin, pour éviter à la malade une éventration, il préfère le drainage vaginal. SCHWARTZ.

CORRESPONDANCE

IIIe Congrès international de la tuberculose.
Tenu à Naples du 25 au 28 avril.

Naples, le 4 mai 1900.

Monsieur le Directeur,

Le programme des travaux du Congrès international de la tuberculose, de Naples, comportait, à l'exemple du Congrès de Berlin, quatre sections principales : la prophylaxie et l'étiologie de la tuberculose, la pathologie et la clinique, la thérapie et les sanatoria. Outre la première séance d'inauguration du Congrès, en présence de toute la famille royale italienne, des ministres, des principales notabilités civiles et militaires, des délégués de onze nations, sept longues séances furent occupées par la discussion des rapports et des mémoires. Des nombreux vœux ont été adoptés par le Congrès à l'adresse des pouvoirs publics et des Sociétés des chemins de fer en rapport avec la prophylaxie antituberculeuse qu'on est en droit d'exiger dans l'armée, dans les écoles et dans les moyens de transport. Il est encore à noter le projet d'une Ecole de la tuberculose, voté par le Congrès et que le comité de la Ligue italienne contre la tuberculose, organisatrice de cette réunion internationale, se propose de fonder sous peu, dans une des principales Universités du royaume. Avant la clôture a été également fondée la Ligue internationale contre la tuberculose, qui réunira dans un même comité les Sociétés antituberculeuses françaises, allemandes et italiennes. Dans ce comité, la France est représentée par M. Lannelongue, l'Allemagne par le duc de Ratibor, l'Italie par le Ministre actuel de l'Instruction publique, M. Baccelli.

L'étude de la *prophylaxie antituberculeuse*, qui fait l'objet des discussions des deux premières séances, comprend plusieurs mémoires où le côté scientifique et sociologique sont également mis en lumière.

Kallivokas (d'Athènes) présente un projet de loi par lequel tous les employés publics ou privés reconnus tuberculeux devraient être renvoyés; à chaque enfant serait remis, à son entrée à l'école, un cahier de santé sur lequel les médecins noteraient les maladies, et particulièrement les symptômes suspects de tuberculose. Ceux qui ne portent pas cahier blanc au sujet de la tuberculose ne seraient pas admis dans les emplois qui exigent le contact avec le public.

D'après le rapport de Espina y Capo (de Madrid), la prophylaxie de la tuberculose doit être internationale en ce qui concerne la police sanitaire des écoles et de l'armée. Il faut élever à 23 ans l'âge du recrutement militaire, et dans les cas les plus favorables, élever le périmètre thoracique à 72 centimètres. Nennella (de Rome) préfère à l'érection des sanatoria une loi empêchant le mariage entre tuberculeux. Rossi Doria (de Rome) affirme que l'amélioration progressive des conditions des ouvriers, l'assainissement des maisons, l'éducation hygiénique du peuple seront les plus efficaces mesures prophylactiques; d'autant plus que les sanatoria coûteront trop cher et ne pourront jamais hospitaliser tous les tuberculeux.

Un mouvement général s'est dessiné dans le Congrès dans le but d'obtenir de l'Etat que la tuberculose soit inscrite parmi les maladies contagieuses à dénonciation obligatoire. Cette thèse est soutenue particulièrement pas Kallivokas (d'Athènes), Despina y Capo (de Madrid), Padulla (de Rome). Au milieu de la discussion, M. Santoliquido, directeur du Bureau central de la salubrité publique, déclare au nom du gouvernement que le président des ministres a pris un nouveau règlement sanitaire, d'après lequel la dénonciation des cas de tuberculose est obligatoire dans les couvents, les prisons, hôtels, pensions, collèges, maisons de santé, orphelinats, dépôts de mendicité, asiles de vieillards, laiteries et vacheries. L'emploi de la tuberculine est rendu obligatoire pour toutes les laiteries ; les vaches reconnues tuberculeuses seront écartées de la production du lait. Les matériaux pathologiques provenant des tuberculeux sont assimilés aux déjections des cholériques et des typhiques, et devront être détruits de la même façon, ainsi que les objets et vêtements appartenant aux malades et que le médecin pourra signaler comme dangereux. Le Ministère de l'Intérieur a fait dernièrement visiter toutes les ouvrières des manufactures de tabac de l'Etat; les personnes reconnues tuberculeuses furent renvoyées, avec une pension.

L'influence du climat sur l'évolution de la tuberculose a été pour la première fois étudiée expérimentalement par Lannelongue (de Paris). Cent cinquante cobayes ont été divisés en trois lots de 50. Chaque lot avait poids égal, était nourri avec la même nourriture, injecté le même jour avec une égale quantité de culture de tuberculose. Un lot fut expédié à la montagne, un autre au bord de la mer, le dernier gardé au laboratoire. La mortalité fut moindre pour ce dernier. L'expérience répétée donna le même résultat.

La prophylaxie de la tuberculose dans les chemins de fer fait l'objet du rapport de Sanarelli (de Bologne). Les conditions hygiéniques actuelles des voitures sont déplorables, la ventilation n'est pas suffisante, la desinfection des compartiments ayant servi au transport des tuberculeux et parsemés de leurs crachats, n'est rendu obligatoire dans aucun pays. Il faut que les chemins de fer adoptent un règlement par lequel la tuberculose figure au nombre des maladies contagieuses, exigeant des voitures particulières pour les malades et une désinfection excessive. Les gares et les voitures doivent être pourvues de crachoirs; punir avec amende ceux qui crachent sur les parquets, les tapis de laine et de coco remplacés par du linoleum, les étoffes par des tissus imperméables et lavables, les parquets des troisièmes classes rendus lisses, imperméables, lavés journellement au jet d'eau. La ventilation doit être assez augmentée, les décorations, les moulures, les angles, éviter, autant que possible, pour que la désinfection puisse se faire dans tous les coins. Le chauffage à air chaud sera remplacé par la vapeur d'eau, les bouillottes

supprimées. Aux deux classes actuelles pour les fumeurs et non-fumeurs, il faut en ajouter une troisième, réservée aux personnes qui toussent et qui crachent, dans laquelle il sera également défendu de fumer. Les tuberculeux et les personnes qui les accompagnent, devront prendre place dans ces dernières voitures.

Dubelir (de Moscou) relate la fréquence de la tuberculose dans l'armée russe. Fränkel (de Berlin) propose l'institution de polycliniques spéciales pour la tuberculose, qui faciliteraient le diagnostic précoce de cette affection et rendraient, par ce fait, bien plus fructueuse l'œuvre des sanatoria.

Les moyens de *diagnostic* capables de découvrir l'infection tuberculeuse au début et les symptômes qui précèdent la tuberculisation apparente et dont l'interprétation est souvent obscure et difficile, sont passés en revue dans les rapports de Maragliano (de Gênes), de Landouzy (de Paris), de Bozzolo (de Turin), de Senator (de Berlin), de Petruscky (de Dantzig). D'après Landouzy, le diagnostic des cas de tuberculose doit être basé sur les éléments de présomption, de suspicion, de probabilité et de certitude. L'interrogatoire des malades doit mettre en lumière tous les points relatifs à ces données, l'examen pourra être aidé par l'hématoscopie (diminution de l'hémoglobine, augmentation des globules blancs), l'uroscopie (phosphaturie, albuminurie passagère, hydrurie, poliurie, hypotoxicité), par l'inoculation du crachat dans le cobaye, la tuberculine, la séro-réaction, l'injection de sérum artificiel. Il faut rechercher s'il existe la tachycardie, si le pouls ne se ralentit pas dans le decubitus, si la pression artérielle est diminuée, si la fièvre n'existe pas à l'insu du médecin.

Pour éviter que les cobayes injectés avec les crachats tuberculeux meurent par l'action du diplococcus qui se trouve normalement dans la salive, Petrusky lave plusieurs fois le crachat dans l'eau phéniquée à 1 0/0. Tous les microorganismes autres que le bacille de Koch perdent ainsi leur pouvoir pathogène. Il a pu infecter de tuberculose plusieurs animaux avec des crachats qui avaient séjourné plus de 24 heures dans la solution phéniquée. Voici, d'après Bozzolo, les symptômes qui permettent de découvrir la tuberculose au début : l'albuminurie intermittente, souvent alternée avec la prophylaxie ; la pseudo-chloroanémie tuberculeuse, qu'on peut différencier de la vraie par la faible diminution de l'hémoglobine et par l'augmentation des globules blancs ; les troubles gastriques, anorexie, gastralgie ; la tachycardie afébrile ; l'abaissement de la pression sanguine ; l'élévation de la température à la suite de longues promenades, et dans les jours qui précèdent les règles ; l'inégalité pupillaire, mydriase ; les sueurs nocturnes ; le zona de la cinquième paire pour la tuberculose méningée, thoracique pour la pulmonaire ; l'augmentation du volume de la rate. Les moyens qui facilitent le diagnostic sont : la séro-réaction, l'inoculation des cobayes, la tuberculine, l'injection de sérum physiologique, la radioscopie, la production d'un catarrhe artificiel par des fortes doses d'iodure de potassium.

L'évolution clinique de la tuberculose avec associations microbiennes est l'objet de l'étude de Sata (de Tokio). Les symptômes principaux de l'infection mixte sont : la fièvre atypique, l'expectoration abondante, la diffusion des lésions. Papillon (de Paris) considère comme un excellent élément de diagnostic précoce, la réaction du système nerveux sympathique à l'intoxication bacillaire.

Dans le champ de la *thérapie*, tout est en démolition, et les deux séances que le congrès lui a consacrées présentent un intérêt bien limité. De Renzi (de Naples), dans son rapport sur l'état actuel de la thérapie antituberculeuse, affirme que deux seuls médicaments méritent d'être encore pris en considération : la créosote, l'iode et leurs dérivés. Le cacodylate de soude, le protargol, le métavénadate de soude, la somatose, les inhalations d'igazol, les injections d'huile camphrée, expérimentés dans sa clinique, ne possèdent aucune influence sur les lésions pulmonaires. Le bain de lumière pratiqué en introduisant le tuberculeux dans une chambre garnie de glaces et éclairée par un grand nombre de lampes électriques, donne de bons résultats, soit par l'action chimique de la lumière, soit par les abondantes sueurs qu'elle provoque et que De Renzi a démontré être plus toxiques que la sueur des hommes sains.

Boronedi (de Sassari) préconise l'emploi des injections sous-cutanées d'iodoléine, mélange, à titre différent, selon les cas, d'iode et d'huile stérilisée d'amandes douces.

Riva et Centerelli (de Parme) ont employé avec succès les eaux chlorurées-iodées de Salsomaggiore, soit sous forme de bain général, que par injections stérilisées. Les injections intraveineuses d'acide cinnamique ont été expérimentées par Ewald, (de Berlin) et Patella (de Sierre), avec résultats différents. Ewald, sur 25 malades traités, a obtenu le 16 0/0 de guérisons. Patella chez 4, n'a jamais vu se produire aucune amélioration.

L'hydrothérapie froide est conseillée par Kuthy (de Budapest) comme excellent moyen prophylactique et curatif. Penvères (de Toulouse) traite la tuberculose génitale avec les injections d'euphorbe, dont la solution en eau glycérinée contient un tiers de milligr. de substance active par centimètre cube. Deux ou trois injections de 2 c.c., pratiquées dans la tumeur suffisent pour la faire disparaître sans laisser de traces.

Le sérum Maragliano a été expérimenté par Mircoli et Zanour (de Gênes), Kallivokas (d'Athènes), Padulla et Passerini (de Rome), etc., chez de nombreux tuberculeux au début, et les résultats portés au congrès sont très favorables à cette méthode de traitement. Roustand (de Cannes) et Cardile (de Naples) ont expérimenté avec succès les injections de cacodylate de soude.

Dans la dernière séance du congrès, la *question des sanatoria* est résumée par Capozzi (de Naples) qui fait ressortir l'utilité sociale de cette institution au point de vue de l'hygiène et de la richesse publique. Faut-il que l'Etat intervienne dans la création de ces établissements? L'opinion est partagée. Papillon (de Paris) estime que la société qui dépense actuellement des sommes énormes pour l'hospitalisation des tuberculeux invalides, trouvera dans les sanatoria une décharge à ses frais, par ce fait, la participation de l'Etat aux dépenses est inutile.

Sersiron (de la Bourboule), dans son mémoire sur les sanatoria populaires en France, démontre la possibilité de créer et maintenir les sanatoria avec le concours de la charité publique.

En Allemagne on a construit, dans ces derniers quatre ans, environ 60 sanatoria et 20 autres sont en projet. Ont concouru dans les frais les Sociétés d'assurances et les Société industrielles, il existe un comité central, sous le patronage de l'Impératrice qui se charge de recueillir, par moyen de loteries, fêtes, etc., les sommes nécessaires à l'entretien de 20.000 tuberculeux. D'après M. Panwitz (de Berlin), environ le 70 0/0 des ouvriers traités dans les sanatoria peuvent retourner au travail. Baginsky (de Berlin) propose la construction de sanatoria-écoles pour les enfants tuberculeux, dans lesquels le séjour sera prolongé en vue d'obtenir une guérison définitive, qui, comme on sait, est plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte.

Rubino (de Naples), voudrait que le nom de sanatoria soit réservé aux établissements fréquentés par les tuberculeux guérissables, et qu'on appelle maison d'isolement, créés en vue d'empêcher la propagation du contage par les tuberculeux inguérissables.

Ausset (de Lille), Dumarest (de Lyon), résument les progrès de la lutte contre la tuberculose réalisés dans le Lyonnais et le Nord de la France.

Carpi relate les mesures prophylactiques adoptées en Belgique, par la Société de la Tuberculose de Bruxelles, Ballori (de Rome) présente le projet d'un sanatorium populaire en construction dans la province de Rome, De Renzi (de Naples) énumère les sanatoria qui existent actuellement en Italie.

Veuillez agréer, etc. Dr Randone (de Gênes).

Société pour la propagation de l'incinération. — L'assemblée générale annuelle de cette Société aura lieu aujourd'hui samedi à 9 heures du soir à l'Hotel des Sociétés savantes, rues Serpente et Danton.

REVUE DES MALADIES DE L'ENFANCE

Rédacteur spécial: M. le Dr PAUL-BONCOUR.

X. — Le rachitisme. Extrait des leçons cliniques sur les maladies des enfants; par le Dr Ausset. (Maloine, éditeur, 1900.)

X. — Le Dr Ausset publie un nouveau volume sur les maladies des enfants. C'est la troisième série des leçons qu'il a professées à l'hôpital Saint-Sauveur de Lille : il n'est pas douteux qu'elle soit accueillie avec la même faveur que les précédentes, car on y retrouve le même intérêt et le même but, toujours atteint, d'être utile et pratique. On ne peut mieux montrer ces qualités qu'en résumant un des chapitres. Le rachitisme est insidieux, et lorsqu'on constate sa présence par des symptômes osseux il y a déjà longtemps que le mal évolue. En effet, cette affection n'est pas uniquement constituée par les lésions osseuses : celles-ci ne sont que l'aboutissant d'une maladie qui atteint tous les tissus dans leur intimité. Le rachitisme commence avec les troubles digestifs qui sont à la base de la maladie. Une mauvaise nourriture est la cause efficiente (alimentation mal réglée, alimentation trop abondante, nourriture trop forte). La maladie à un stade avancé présente des déformations osseuses: exagération des saillies frontales et pariétales, persistance de la fontanelle, hydrocéphalie, craniotabes, etc. L'auteur fait remarquer qu'on affirme souvent que les rachitiques ont leurs dents plus tard que les autres enfants ; il estime qu'il ne faut pas généraliser cela d'une façon trop absolue et que le retard n'a qu'une valeur relative. Malgré tout les os sont atteints dans leur nutrition comme le sont tous les tissus car le rachitisme est une maladie de nutrition. L'intestin est dilaté; les gros ventres se rencontrent dans cette affection; il y a une anémie souvent grave qui prouve l'altération du sang. Il y a fréquemment de l'adénie généralisée (micropolyadénie), de l'obnubilation de l'intelligence, des paralysies. Après plusieurs considérations sur le diagnostic différentiel de l'affection, l'auteur étudie les diverses variétés de la maladie et leur pronostic. Les formes légères guérissent rapidement avec de simples règles d'hygiène. Les cas moyens guérissent aussi, mais en persistant longtemps dans le traitement; des années peuvent être nécessaires. Les formes graves peuvent être justiciables de la chirurgie.

Malgré tout il faut savoir que tout rachitique a souvent pour le reste de ses jours une dyspepsie opiniâtre. Certaines hernies, certains prolapsus du rectum ont une origine rachitique. Le cœur peut être touché : les lésions pulmonaires sont les plus sérieuses. On rencontre chez les rachitiques des bronchites subaiguës qui s'éternisent et font croire à un début de tuberculose. Passant ensuite à l'explication interne de la genèse du rachitisme, M. Ausset discute toutes les théories et il en arrive à cette notion basée sur l'étiologie et l'observation que le rachitisme est produit par une alimentation défectueuse qui intoxique l'organisme et vicie la nutrition de tous les tissus. Malheureusement quand il s'agit de dire pourquoi la maladie amène des voussures et des hypertrophies osseuses, M. Ausset constate le processus inflammatoire sans pouvoir l'expliquer complètement. Il termine en donnant les règles du traitement qui doit être avant tout prophylactique.

Je n'ai cité que les leçons qui ont trait au rachitisme, j'aurais pu aussi bien résumer la série intéressante qui traite des pleurésies ou n'importe quelle autre. Tout ce volume est également intéressant et mérite d'être lu par ceux qui veulent apprendre la science pédiatrique par la pratique journalière plutôt que par la lecture des traités très complets, mais toujours confus.

XI. — Sept cas d'empyème de nécessité chez l'enfant; par Audion et Bourgeois. *Revue des maladies de l'enfance*, septembre 1899 (Steinheil, éditeur).

XI. — M. Audion et Bourgeois rapportent plusieurs cas d'empyèmes qui sont extrêmement intéressants pour que leur existence fût méconnue pendant un temps plus ou moins long. Ils s'étonnent à juste titre, qu'actuellement et dans un laps de temps relativement court on ait vu arriver à un hôpital sept cas de pleurésies purulentes méconnues ou négligées. Voici comment les choses se passent : après une atteinte pulmonaire l'enfant ne se remet pas ; on invoque une bronchite chronique, une tuberculose commençante, et un jour le pus apparaît à l'extérieur. Il faut donc pour éviter les accidents qui peuvent se produire par suite de l'ignorance de la lésion pleurale, savoir faire le diagnostic précis de ces pleurésies torpides.

Pour la pleurésie primitive on peut se baser, si les enfants sont à la mamelle, sur une agitation très vive, sur la fièvre, la toux et leur tendance à garder toujours la même position. Si l'âge est plus avancée, le début peut être aigu ; la température monte à 40°, 41°, la face est pâle, le teint plombé, les pommettes rouges; le début est parfois insidieux : la fièvre est absente.

Dans la pleurésie secondaire à une pneumonie la défervescence ne se fait pas ou bien après une amélioration passagère la fièvre remonte. La matite et la résistance au doigt sont les signes les plus importants.

Lorsque la pleurésie ayant été méconnue, le pus vient se faire jour en un point quelconque de la paroi thoracique, il faut différencier d'une fusée purulente venant du cou, d'un lipome de la paroi thoracique, d'un abcès froid thoracique. Le traitement est important à connaître. L'évacuation du pus qui tend à se faire ou qui est déjà faite par une ouverture spontanée est insuffisante. Il faut pratiquer en bas et en arrière au point déclive de la plèvre une contre-ouverture qui draine l'abcès pleural. Si il y a de la sclérose du poumon, une opération d'Estlander peut être nécessaire.

XII. — Lésions du foie chez les enfants; par Freeman. (*Arch. of Pédiatrics*, Petner 1900.)

XII. — L'abaissement du foie dans le côté droit de l'abdomen, au point que cet organe touché par son extrémité droite, la crête iliaque n'est pas rare dans l'enfance, surtout chez les sujets qui ont un élargissement de la glande. On rencontre aussi la tendance graisseuse du foie, dans 40 0/0 des cas qui se présentent à « Poundling Hospital ». Les conditions de nutrition n'ont vraisemblablement aucun rapport avec l'état graisseux du foie. Des conditions identiques existent fréquemment dans un certain nombre de cas, où la lésion fait défaut. Certaines affections chroniques, cachectiques, ne le produisent pas; pas plus que la tuberculose, mais les infections aiguës et les désordres du tube digestif en sont la cause efficiente la plus active. L'auteur rapporte que les cas de cirrhose hépatique qu'il a étudiés, ont évolué rapidement. La section de l'organe présente une hypoplasie marquée des conduits biliaires. Pour en arriver à ces conclusions, M. Freeman a étudié un grand nombre de cas, c'est ainsi qu'il a fait 496 autopsies pour déterminer la fréquence des dégénérescences graisseuses du foie. Il a également dressé un tableau très intéressant de la proportion de l'affection dans les différentes maladies. A cette communication sont jointes d'excellentes planches indiquant l'état microscopique des organes.

XIII. — L'eau oxygénée en évaporation contre la coqueluche; par le Dr Baroux. (Maloine, éditeur, 1900.)

XIII. — L'auteur rend compte des résultats qu'il a obtenus par ce mode de traitement. Il commence par donner quelques détails sur les propriétés de l'eau oxygénée. Cette substance est éminemment antiseptique. Elle arrête la suppuration et les phénomènes septiques : elle purifie admirablement les cavités. Une qualité non moins importante, en raison du rôle qu'on lui fait jouer, est sa faculté d'imprégner les tissus. Comme elle est inoffensive, on peut donc songer à l'employer contre la coqueluche. Tous les traitements employés jusqu'à maintenant n'ont donné aucun resultat. Les inhalations ou pulvérisations phéniquées, ont pu donner quelques succès, mais cette substance a causé des empoisonnements. Comme il y a beaucoup d'analogie, entre l'eau oxygénée et l'eau phéniquée, celle-ci pénétrant et imprégnant les tissus en même temps que c'est un excellent antiseptique; l'emploi de l'eau oxygénée pouvait lui être substitué ; en effet celle-ci n'est pas toxique et n'est pas irritante. Voici comment on peut pratiquer le traitement. Il faut deux salles en tout, de 60 à 75 mètres, une pour le jour, une pour la nuit. L'eau oxygénée doit être à douze volumes et conservée en litres. Il faut l'employer sans aucun mélange d'eau en en versant alternativement 80 grammes

toutes les quatre heures, sur deux linges de vieille toile blanchie d'un mètre carré de surface, pliés en plusieurs doubles et placés dans une assiette creuse pour ne rien perdre du liquide. Une toile neuve ou un tissu en couleur seraient une cause d'absorption et de perte. Il faut placer les deux linges autant que possible sur une corde traversant la pièce. « Dans de telles conditions il m'est permis, ajoute l'auteur, d'affirmer sans témérité comme sans présomption, que n'importe, quel cas de coqueluche peut être jugulé au bout de huit jours de traitement quelque soit le moment de la maladie, ou cette thérapeutique ait été appliquée. »

REVUE DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Rédacteur spécial: M. le Dr RAMOND.

XI. — Un nouveau milieu pour différencier le bacille d'Eberth; par MANKOWSKI. (*Centr. f. Bakt.*, 1900.)

XI. — L'auteur emploie un décocté de champignons, comestibles ou vénéneux, auquel il ajoute environ 1,50 0/0 d'agar, 1 0/0 de peptone et 0,5 0/0 de chlorure de sodium. Les divers microbes de la flore intestinale poussent difficilement sur ce milieu, à l'exception du bacterium coli et du bacille d'Eberth, qu'il est ainsi plus facile de différencier l'un de l'autre. Ce milieu rappelle, somme toute, celui d'Elsner, dans lequel le décocté de champignons est remplacé par la macération de pommes de terre. Comme lui, il ne résout pas la difficulté, qui est de trouver une substance permettant au seul bacille d'Eberth de se développer sur culture.

XII. — Cause de la splénomégalie aiguë dans les intoxications et les infections; par JAWEIN. (*Journal de Physiologie*, mars, 1900.)

XII. — A l'état normal, la rate jouit de la propriété de détruire les hématies devenues impropres à la vie. Ce rôle d'organe hématolytique est évidemment exagéré dans toutes les maladies qui entraînent la mort d'un nombre considérable de globules rouges. Il n'est donc pas étonnant que la rate, pour remplir un rôle plus actif et plus considérable, s'hypertrophie au cours de certaines intoxications et infections, s'accompagnant d'une destruction notable de globules rouges.

XIII. — Contribution à l'étude des bacilles pseudo-diphtériques; par A. DE SIMONI. (*Centralb. f. Bakt.*, 1899.)

XIII. — La question de savoir si les nombreux bacilles pseudo-diphtériques sont de la même famille que le bacille vrai de la diphtérie est d'une haute importance. La plupart des auteurs français n'admettent aucune analogie ni aucune parenté entre ces divers microbes. Tel n'est pas l'avis de beaucoup de savants étrangers, dont M. Spronk. L'auteur a repris toutes les recherches faites antérieurement, et il conclut dans le même sens que les auteurs français, car de tous les bacilles pseudo-diphtériques qu'il a pu isoler, aucun n'a présenté les caractères pathogènes de Lœffler.

XIV. — Le microbe de l'ozène; par Mlle ROBINEAU. (*Th. Doctorat*, Paris, 1899.)

XIV. — L'ozène semble produit par un petit bacille, bien étudié par Lœwenberg, il y a quelques années. La tendance actuelle consiste à ne voir dans le bacille de Lœwenberg qu'une variété de bacille de Friedlander. C'est également la conclusion qu'adopte Mlle Robineau.

XV. — Le microbe de l'ozène; par PÉREZ. (*Annales de l'Inst. Past.*, 1899.)

XV. — Pour M. Pérez, l'ozène ne serait pas dû à la présence du bacille de Lœwenberg dans les fosses nasales. Ce ne serait là qu'un hôte banal. L'ozène semble produit par un petit bacille, court, trapu, se colorant bien par les couleurs d'aniline, mais ne prenant pas le gram. C'est le cocco-bacillus fœtidus de l'auteur. Il pousse bien sur les divers milieux de culture, qu'il rend très fétides; il est assez difficile à isoler, à cause de la présence du bacille de Lœwenberg ou des autres bactéries banales des fosses nasales. Inoculé dans le péritoine de cobayes, il produit une péritonite rapidement mortelle. Mis en contact avec la muqueuse nasale du lapin, il reproduit un ozène typique.

XVI. — Traitement des fièvres pernicieuses; par M. MOUSSÉOS. (1 vol., 145 p. Paris, 1900.)

XVI. — La petite ville de Makri, où exerce le Dr Mousséos, se trouve dans des conditions de salubrité déplorable; ce qui nous explique la fréquence et la gravité des fièvres palustres dans cette contrée de l'Asie-Mineure. Aussi est-il nécessaire d'employer une thérapeutique énergique pour lutter contre les accidents pernicieux du paludisme. La quantité de quinine, administrée à cet effet par l'auteur, atteint parfois des proportions considérables. C'est ainsi que plusieurs malades ont absorbé, en injections sous-cutanées, de 3 à 4 grammes de bichlorhydrate de quinine dans les 24 heures. La pratique des injections sous-cutanées est nécessaire, afin d'agir rapidement; on commence par deux injections de 0 gr. 20 centigr. chacune; quatre heures après cette première intervention, on fait de nouveau deux nouvelles injections simultanées de 0 gr. 25 centigr., et l'on continue ainsi tous les quatre heures, jusqu'à ce que les accidents pernicieux cessent complètement.

XVII. — Étude du proteus vulgaris; par FELTZ. (*Archives de méd. exp. et comparée*, 1899, n° XI.)

XVII. — Hauser, dans son remarquable travail sur le genre proteus, décrit trois espèces de bactéries, différentes les unes des autres. Le proteus vulgaris est le plus fréquemment rencontré dans les putréfactions de substances animales; viennent ensuite le proteus mirabilis et le proteus Zenkeri. D'après Feltz le seul bacille qui mérite la mention de proteus, et se rencontrant constamment dans les matières en putréfaction, est un bacille de 0 μ 6 à 0 μ 8 de long, qui prend le gram, se développe bien dans tous les milieux de laboratoire, dégage peu d'indol, à l'encontre de l'opinion courante. Il est rare dans l'intestin de l'homme sain; il est peu pathogène pour les animaux.

XVIII. — Streptocoque et scarlatine; par COUTOIS. (Thèse de doctorat. Paris, 1899.)

XVIII. — On a discuté beaucoup sur le rôle du streptocoque dans la scarlatine. Certains auteurs ont même supposé que le streptocoque en était le véritable agent figuré (Bergé.) Sans adopter de pareilles conclusions, l'auteur montre cependant que l'injection prolongée de petites doses d'urine de scarlatineux sous la peau des lapins donne à leur sérum sanguin des propriétés bactéricides pour le streptocoque. Ce qui prouve que ces urines contiennent des toxines issues de streptocoques virulents, évoluant de pair avez le véritable agent de la scarlatine.

XIX. — Le microbe de la peste; par NETTER. (*Arch. de méd. exp. et comp.*, janvier 1900.)

XIX. — L'auteur, dans une revue critique très documentée, expose nos connaissances sur le microbe de la peste. Un point qui mérite d'être signalé est celui qui a trait aux descriptions un peu différentes que Kitasato et Yersin ont données au bacille pesteux. Il semble que le bacille de Yersin soit le vrai; et les auteurs japonais eux-mêmes partagent cette opinion. Le bacille de Kitasato est mobile, se colore par le gram, donne de petites colonies sur gélose, trouble uniformément le bouillon, tous caractères qui n'ont pas été retrouvés par les auteurs qui ont suivi. Il semble donc que le mérite de la découverte revienne presque complètement à Yersin. F. RAMOND.

LE PESSIMISME est une disposition très naturelle et parfaitement justifiée, tant qu'il s'agit de l'appréciation des destinées individuelles, faites d'un petit nombre d'éléments et de quelques instants très brefs. Mais quand il s'agit des destinées d'un peuple, auxquelles concourent une multitude de faits dont quelques-uns seulement parviennent à la connaissance des plus attentifs, et qui, en outre, s'étendent et se prolongent à travers des siècles, c'est l'optimisme qui est le vrai ! Il faut croire au triomphe du mieux, non seulement pour puiser dans cette conviction la force d'aider à ce triomphe, mais parce que le mieux se réalise incessamment. (*Fragment politique d'André Chénier*). (*Le Temps* du 7 mai 1900).

BIBLIOGRAPHIE

Comment on se défend contre l'insomnie; par le Dr P. DHEUR. (Soc. d'éd. scientif., 1900.)

Il est inutile d'insister sur le rôle du sommeil qui favorise la nutrition (Vogel, H. Spencer, M. Duval) et est le grand réparateur de toutes les fonctions organiques. L'insomnie joue un rôle néfaste, et au point de vue physique et au point de vue moral. Elle détermine des maladies de l'encéphale, conduit à la cachexie et au marasme, trouble les fonctions de l'estomac, rend le caractère difficile et irritable, aggrave toutes les maladies. Pour combattre cette insomnie il en faut bien connaître les causes. L'insomnie qui est liée au nervosisme doit être d'abord combattue par la limitation du travail intellectuel, surtout la suppression de ce travail s'il a lieu la nuit, on séjournera avec fruit à la campagne dans une région calme, l'exercice physique sera suffisant, les repas seront réguliers et on ne travaillera pas après dîner. L'hydrothérapie, les lotions froides, les frictions alcoolisées, les bains de pieds sinapisés et autres pratiques de ce genre seront tentées souvent avec succès, puis on aura recours aux formules suivantes :

Bromure de sodium.	16 grammes.
Eau distillée.	40 —
Sirop d'écorce d'oranges. . .	Q. S. p. 250 cc.

2 à 4 cuillerées par jour.

Ou bien l'on administrera le chloral pur ou associé à la morphine :

Sirop de chloral.	20 grammes.
Sirop de morphine.	10 —

A prendre en deux fois.

On pourra associer le chloral au bromure, ou si le chloral est mal supporté dans les affections cardiaques par exemple, on lui substituera la paraldéhyde.

Paraldéhyde	2 grammes.
Teinture de vanille.	XX gouttes.
Sirop de laurier cerise. . . .	30 grammes.
Eau de tilleul.	70 —

A prendre en deux fois (Yvon).

Le sulfonal encore pris en cachets de 0 gr. 50, de 1 à 3 cachets après le repas dans une tasse de tisane de feuilles d'orangers pourra encore produire de bons effets.

Dans la neurasthénie, après avoir tenté les simples moyens hygiéniques, l'hydrothérapie, le traitement moral, on conseillera le bain électro-statique positif. Comme hypnotiques, on donnera la préférence aux associations de bromure et de chloral, et en cas de troubles dyspeptiques s'opposant à la tolérance de ces médicaments, on usera du sulfonal (1 à 3 gr.), ou mieux de tétronal ou de trional (1 gramme en cachets), à effet plus sûr et plus rapide. On aura parfois intérêt à associer un analgésique à l'hypnotique. Exemple :

Sulfonal.	0 gr. 50 centigr.
Antipyrine.	0 — 25 —

Pour 1 cachet.

Prendre deux de ces cachets avant les repas, de suite avant une tasse de tisane de feuilles d'orangers très chaude.

L'hypnal, qui est à la fois un hypnotique et un analgésique, pourra être prescrit avec avantage en cachets de 0 gr. 50, pris au nombre de trois en une heure avant le coucher. Il est bien entendu que le traitement général de la neurasthénie ne sera pas négligé.

Chez les *intoxiqués chroniques* (morphinomanes, cocaïnomanes, absinthiques, alcooliques, intoxiqués par le café, le tabac, etc.), on devra tout d'abord supprimer le poison, utiliser toutes les ressources de l'hygiène. Souvent le bromure de sodium donnera de brillants résultats, mais la paraldéhyde sera l'hypnotique de choix. Chez les morphinomanes le sommeil reparaît parfois sous l'influence de l'injection d'un demi-centimètre cube de :

Sulfate d'atropine.	0 gr. 01 cent.
Eau de laurier-cerise	20 grammes.

L'hyoscine aussi peut être utile mais maniée avec circonspection :

Hyoscine.	0 gr. 01 cent.
Eau acidulée	20 grammes.

1/4 à 1/2 centimètre cube par jour.

Dans les *affections douloureuses*, l'opium ou ses dérivés les remèdes hypnotiques de choix. On administrera l'elixir parégorique (de 2 à 10 grammes), l'extrait thébaïque (de 0 gr. 02 à 0 gr. 10 centigr.), le laudanum de Sydenham (de V à XL gouttes), le sirop de morphine (de 20 à 40 grammes), les gouttes blanches (de I à II gouttes), la morphine en pilules (de 0 gr. 01 à 0 gr. 02 cent.). On administrera, en outre, les analgésiques et les anesthésiques locaux. On évitera les piqûres de morphine chez les nerveux. Dans les coliques hépatiques on associera le sulfate d'atropine à la morphine.

Dans les *maladies infectieuses*, on évitera de trop couvrir les malades, et l'on provoquera de préférence le sommeil par la balnéation. Parfois des bains à 30° suffisent pour ramener le sommeil.

Enfin certaines maladies créent des indications spéciales : dans la *goutte* on préférera le bromure, le chloral et l'antipyrine seront utilisés avec précautions, l'opium et la morphine à doses légères; dans l'*arthritisme* et chez les migraineux le bromure est souvent seul efficace; dans l'*anémie* on aura recours qu'à l'hydrothérapie, au fer et au quinquina; dans les *affections cardiaques* on usera de bromure de sodium et de paraldéhyde, éviter le chloral et l'opium; dans la *syphilis* le traitement spécifique donnera seul une action durable dans la *chorée*, les douches, l'opium, le chloral et même les inhalations de chloroforme ont été conseillées; dans l'aliénation mentale le choix de l'hypnotique et du traitement dépendra du type clinique.

L'auteur examine ensuite quelques hypnotiques : l'opium et la morphine ne sont pas des hypnotiques vrais, ils agissent comme tels en calmant la douleur dans les affections très douloureuses. Les bromures agissent surtout chez les malades dont l'insomnie relève d'une cause psychique. Le chloral est un vrai et bon hypnotique, mais il a une action déprimante et provoque parfois du délire à faible dose.

La paraldéhyde agit comme le chloral m[illegible]s n'a pas d'action nocive sur le cœur, elle est contre-indiquée dans les affections des poumons où elle provoque une dyspnée pénible. Le sulfonal, le trional, sont de bons hypnotiques quand il n'y a pas de douleurs. L'hypnal est à la fois hypnotique et analgésique. L'uréthane peu toxique peut s'administrer aux enfants. L'hypnose est un hypnotique faible contre-indiqué dans les maladies de cœur. La chloralose bien tolérée par l'estomac doit être donnée avec précautions.

En somme, conclut M. Dheur, avant d'essayer de provoquer le sommeil par des moyens factices, il faut chercher la cause de l'insomnie, la combattre, recourir à l'hygiène, supprimer les poisons et l'on arrivera souvent par des moyens simples à des résultats inespérés. J. N.

Le signe automatique de la mort réelle. Moyen d'éviter l'inhumation prématurée; par le Dr J.-V. LABORDE. (Schleicher frères, edit., 1900).

Nous avons, en maintes circonstances, appliqué la méthode des tractions rythmées de la langue du savant physiologiste qu'est M. Laborde, et nous en avons retiré d'assez brillants résultats pour pouvoir, en toute connaissance de cause, et sans l'ombre d'une flatterie, en faire sans restriction le plus grand éloge. Aussi pensons-nous qu'il est indispensable de vulgariser les simplifications pratiques que M. Laborde a fait subir à sa technique. Complétant sa découverte de la méthode des tractions rythmées de la langue, il en a fait l'application automatique, grâce à un appareil instrumental approprié et à la portée de tous, à la détermination de la mort réelle, tout en réalisant simultanément et solidairement le moyen le plus puissant de rappel à la vie, toutes les fois que ce rappel est possible. Ainsi se trouve résolu, pratiquement, dans tous ses desiderata, le problème troublant de la mort apparente et de l'inhumation prématurée. Les questions scientifiques qui s'y rattachent, notamment celle de la survie intérieure ou latente

de l'organisme en état de mort apparente, y sont traitées par l'auteur de façon à les rendre accessibles à tous lecteurs. C'est là un de ces excellents et trop rares livres de vulgarisation scientifique dont la lecture simple et facile n'enseigne au lecteur ignorant de la médecine que les procédés qu'il peut mettre utilement en pratique. J. N.

CONGRÈS INTERNATIONAUX

XIII[e] Congrès international de Médecine.

Pendant la durée du Congrès international de Médecine (du 2 au 9 aout), les membres du Congrès auront droit à l'*entrée gratuite* à l'Exposition. — Une carte spéciale leur sera délivrée à cet effet dans les bureaux du Congrès au moment de l'ouverture de la session.

Congrès international d'assistance publique et de bienfaisance privée.

L'administration des Chemins de fer de l'Etat et les six grandes Compagnies de chemins de fer français consentent à accorder une réduction de 50 0/0 sur les prix du tarif général, aux membres du Congrès international d'assistance publique et de bienfaisance privée qui se tiendra à Paris, du 30 juillet au 5 août 1900. Les conditions d'application de cette mesure sont de deux sortes : 1° Sur les réseaux de l'Etat, du Nord et de Paris-Lyon-Méditerranée : Les gares de départ, à présentation d'une lettre d'invitation modèle n° 1 délivreront aux congressistes un billet place entière à l'aller, mais au retour ceux-ci auront droit au voyage gratuit, en remplissant les formalités mentionnées dans le nota de la dite lettre d'invitation. 2° Sur les réseaux de l'Est, du Midi, de l'Orléans et de l'Ouest, une lettre d'invitation modèle n° 2 devra être visée *préalablement* par l'administration intéressée. Les voyageurs paieront également place entière à l'aller et voyageront gratuitement au retour en se conformant aux indications de la lettre. Dans le cas où plusieurs réseaux seraient empruntés par un même congressiste, il devra présenter une lettre d'invitation spéciale pour chaque Compagnie et du modèle adopté par elle. Les congressistes profiteront de la reduction consentie dans les délais ci-après : A l'aller, du 26 juillet au 5 août inclusivement. Au retour, du 30 juillet au 9 août inclusivement. Pour bénéficier de ces avantages, adresser, avec l'indication précise de l'itinéraire, la demande d'une ou plusieurs lettres d'invitation suivant qu'il faudra emprunter un ou plusieurs réseaux. La demande dont il s'agit devra parvenir au secrétariat général du Congrès, à Paris, 7, rue Cambacérès, au plus tard le 15 juin 1900.

En ce qui concerne le parcours sur le territoire étranger, on recevra ultérieurement avis des réductions que les Compagnies de chemins de fer auront bien voulu consentir. Il n'est encore possible de prévoir de réduction que sur les chemins de fer autrichiens avec l'administration desquels le Comité est actuellement en correspondance.

Il résulte d'une communication de M. le délégué principal du commisariat de l'Exposition aux congrès de 1900 que la carte de congressiste délivrée par l'administration donnera entrée gratuite à l'Exposition pendant la durée de la session, c'est-à-dire du 30 juillet au 5 août pour les adhérents au congrès d'assistance et de bienfaisance. A cause des difficultés qu'il y aura à obtenir des duplicata de cette carte, il a été décidé qu'elle ne serait pas envoyée par la poste mais tenue au secrétariat général du congrès, à la disposition de chaque congressiste qui en fera la demande, accompagnée de l'indication du numero de sa quittance. Un avis ultérieur fera connaître la date à laquelle la carte dont il s'agit pourra être retirée.

Muséum d'Histoire Naturelle. — M. Stanislas Meunier, professeur de Géologie, fera une excursion géologie publique, le dimanche 13 mai, à Thorigny, Carnetin et aux Vallières. Il suffit pour prendre part à l'excursion, de se trouver au rendez-vous : Gare de l'Est où l'on prendra, à 11 h. 15 m., le train pour Lagny. On sera rentré, à Paris, à 5 h. 38 m Pour profiter de la réduction de 50 0/0 accordée par le Chemin de fer, il est indispensable de verser le montant de la place au Laboratoire de Géologie, avant samedi, 4 heures.

VARIA

Le traitement et la prophylaxie de la tuberculose à travers les siècles.

Dans un bel ouvrage intitulé : *Les sanatoria. Traitement et prophylaxie de la phtisie pulmonaire* (1), livre dont nous donnerons avant peu une longue analyse, M. le D[r] S. A. Knopf fait un historique des plus intéressants de la tuberculose au point de vue de son traitement et de sa prophylaxie. La science est souvent, comme l'histoire, un éternel recommencement, et c'est surtout en médecine que l'on peut faire cette constatation. Deux mille ans avant nous, Hippocrate avait conseillé le traitement hygiénique de la tuberculose pulmonaire. Il conseille des exercices modérés, constate l'influence de l'hérédité et croit que la phtisie soignée à temps peut être guérie. Deux siècles plus tard, Arétée de Cappadoce publie un ouvrage sur la cure de la phtisie, et il conseille le séjour au bord de la mer, l'exercice modéré, les promenades en mer, le repos et les frictions. Il considère le lait comme la boisson de choix des phtisiques. A l'époque du Christ, Celse préconisait le séjour à la campagne, conseillait la mer aux malades plus robustes et considérait Alexandrie en Egypte comme la villégiature par excellence pour les tuberculeux. En même temps, Pline l'Ancien trouvait dans le soleil un puissant agent thérapeutique et lui adjoignait le bon air que l'on respire dans les forêts de pins. Galien, un siècle plus tard, préfère la cure de montagnes dont l'air dessèche, dit-il, l'ulcération des poumons. Le lait est pour lui un aliment de choix, il envoie ses malades séjourner près de Naples, au mont Augré, et croit à la possibilité de la contagion par la cohabitation.

De Galien nous sommes obligés de faire un saut de dix siècles environ et d'arriver aux Arabes. Avicenne reproduit à peu près les idées de Galien sur la guérison possible de la phtisie; la cure d'air, qu'il conseille de faire en Crète, est sa principale préoccupation. Le Moyen Age est pour la médecine une période de ténèbres que les rayons de la Renaissance ont quelque peine à percer. Jacques Sylvius de Leyde, au début du XVI[e] siècle, établit une relation entre la scrofule et la tuberculose. Fallope, à la même époque, conseille, pour le choix du climat, d'étudier la constitution et le tempérament de chaque malade. Peu après, Montano croit avec conviction à la contagion. Lazare Rivière (de Montpellier), au début du XVII[e] siècle, croit aux dangers de la cohabitation et diminue aux dépens de la contagion l'influence donnée par ses prédécesseurs à l'hérédité. Van Helmont préconise le séjour à la montagne ou dans les climats chauds et conseille l'usage du vin durant la fièvre. Vers la même époque, Willis conseillait à ses malades d'Angleterre d'aller habiter le Sud de la France. Baglivi déplorait l'inefficacité des remèdes dans cette affection. Sydenham conseillait l'exercice du cheval (?).

Au XVIII[e] siècle, Hoffmann reprenait activement l'idée de la contagion. Morgagni en était tellement persuadé qu'il ne voulait pas pratiquer les autopsies des phtisiques. Boerhaave et son élève Van Swieten conseillaient le changement d'air. Dupré de Lisle, en 1869, préconise la cure d'air. Un médecin anonyme anglais, dès 1747, précisait étrangement le traitement de la tuberculose en disant qu'il ne devait reposer que sur l'hygiène et la diététique et que le climat et les médicaments ne devaient être que des adjuvants.

Les pouvoirs publics avaient déjà en maintes circonstances pris des mesures de prophylaxie. En 1750, à Nancy, selon Jeannet de Longrois, les magistrats firent brûler le mobilier d'une « pulmonique » qui avait contracté sa maladie en couchant avec une poitrinaire. A Naples, un édit du 20 septembre 1782 ordonnait la séquestration des phtisiques, la désinfection de leur mobilier sous peine de condamnations sévères (trois ans de galères pour les vilains, trois ans de château fort et 300 ducats d'amende pour les nobles). Le médecin qui ne déclarait pas la maladie, payait 300 ducats et en cas de récidive, était banni du royaume. Des peines analogues imposaient la déclaration en Espagne, en Portugal et en Languedoc.

Le début du XIX[e] siècle obscurcit l'étude de la phtisie, si

(1) G. Carré et C. Naud, édit., Paris, 1900.

Portal se faisait une idée assez juste de la maladie, Broussais conseillait la saignée à toutes les périodes. Thomas Reid, en Angleterre, renversait ce que Sylvain avait avancé au XV[e] siècle, séparait la scrofule de la tuberculose, et approuvait les saignées. Cullen, d'Edimbourg, n'admettait la contagion que dans les pays chauds, Hufeland, plus prudent, conseillait de s'en défier et avec Schœlein prescrivait la cure de Montagne. Le cahos cependant règne dans la nosographie de la tuberculose, Vetter (de Vienne) admettait trois sortes de phtisie, Portal quatorze, Sauvage vingt espèces.

A ce moment survint la révolution due à Laënnec qui a eu pour précuseur le médecin anglais Baillie (1793) qui signale et dénomme la tubercule pulmonaire, et son maître Bayle qui décrit avec soin ce tubercule. Avant de mourir lui-même de phtisie, Laënnec (1781-1827), établit indiscutablement, malgré les protestations de l'Ecole allemande, l'unité de la tuberculose.

Dès lors, les progrès de la pathologie de cette maladie sont rapides ; le 5 décembre 1865, Villemin apporta à l'Académie de médecine la preuve de l'inoculabilité de la phtisie et la range parmi les maladies virulentes. Il poursuit ses travaux et montre dès 1869, les dangers des crachats desséchés. Le 24 mars 1882, Koch découvre le bacille tuberculeux.

Si l'étiologie et la pathogénie de la tuberculose faisaient de surprenants progrès en ce siècle, il n'en était guère de même de sa thérapeutique. Nous avons déjà signalé les errements de Brousssais, toutes les tentatives en dehors du traitement hygiéno-diététique échouaient péniblement, même la tuberculine de Koch. Cependant, May conseillait la suralimentation. Bennet (de Menton) se guérissait lui-même en suivant les conseils de Miss Florence Nichtingale, par la vie en plein air et le régime reconstituant. En 1856, Herman Brehmer (de Goerbersdorf), publiait une thèse intitulée : *Tuberculosis primis in stadiis semper curabilis.*

Detweiler, élève de Brehmer, adoptait et modifiait sa méthode qui triomphait en Allemagne, en France, en Angleterre, en Suisse, aux Etats-Unis et même en Australie. On s'occupa alors des sanatoriums pour les malades tuberculeux et pauvres. Le premier fut organisé par Detweiler, non loin de Folkenstein, à Ruppertshain (1895). Verneuil, dès 1890, concourait en France au succès de l'*Œuvre de la tuberculose*, et fondait un journal spécial : *L'Etude expérimentale et clinique de la tuberculose.* En 1888, M. Rutel, (de Meaux), unissait les vétérinaires aux médecins dans un Congrès pour l'étude de cette maladie. En 1893, paraissait la *Revue de la tuberculose*, rédigée par le D[r] L. R. Petit. A Berlin, la *Correspondance des Sanatoria* (Heilstätten Korrespondenz), concourait dès 1897 à la fondation de sanatoria pour les pauvres sous la direction du D[r] Gotthold Pannwitz. En 1898, paraissait une nouvelle revue : la *Tuberculose infantile*, organe du D[r] Derecq de l'hôpital des Enfants tuberculeux d'Ormesson. Aux États-Unis, en 1895, le D[r] Von Ruck de la Caroline du Nord, publiait la première revue spéciale de langue anglaise, le *Journal of Tuberculosis*, paraissant tous les trois mois.

Le mouvement de défense contre la tuberculose s'accentuait, quand le Gouvernement impérial allemand groupa les efforts épars en patronnant le *Congrès international pour la lutte contre la tuberculose, maladie endémique.* Ce congrès se tint du 24 au 27 mai 1899 et les gouvernements étrangers s'y firent officiellement représenter. Des résolutions importantes y furent prises au point de vue des sanatoria populaires, et le député Heyl, grand industriel allemand, donna le bon exemple, par un don de 3 millions de marks, à l'œuvre des sanatoria populaires,

Cet historique intéressant du D[r] S. A Knopf, peut être continué en signalant la création en France d'une commission pour l'étude du traitement et de la prophylaxie de la tuberculose au Ministère de l'Intérieur, commission destinée à indiquer les moyens les plus pratiques et les plus rapides à opposer dès maintenant au fléau, et en rappelant le second congrès international contre la tuberculose qui vient de clore ses séances à Naples, et sur lequel nous publions, quelques pages plus haut, une intéressante correspondance.

Puissent tous ces efforts ne pas rester vains et donner un resultat positif! J. Noir.

L'exercice de la médecine par les étrangers en Italie.

Nous avons eu à diverses reprises à nous plaindre de la facilité avec laquelle des médecins etrangers étaient autorisés à exercer en France, le plus souvent avec des diplômes dont la valeur était plus que discutable. Si nous en croyons le *Temps* du 2 mai, il paraît que les mêmes constatations sont faites en Italie, car nous y lisons :

Parmi les derniers projets de loi soumis à la Chambre, il s'en trouve un qui intéresse le monde médical. Les médecins italiens se plaignent vivement de l'invasion de confrères étrangers, allemands surtout. Rome, Naples, Venise et Milan voient arriver chaque année de nombreux médecins étrangers, qui y passent une saison et qui se font bientôt une clientèle parmi leurs compatriotes. Le gouvernement propose de ne plus autoriser l'exercice de l'art médical aux docteurs d'un pays qui n'accorde pas le même privilège aux médecins italiens ; les docteurs étrangers ne pourraient dorénavant donner leurs soins qu'à des compatriotes.

Les épidémies.

La peste en Egypte.

La peste bubonique qu'on avait signalée avec quelques réserves comme ayant fait son apparition à Port-Saïd, y a été officiellement reconnue ; les malades ont été isolés à l'hôpital arabe. L'origine de cette invasion paraît être due à la vente de vieux habits provenant de Bombay. Quelques cas ont été constatés à Alexandrie ; les mesures ont été prises pour empêcher l'extension du fléau.

NÉCROLOGIE

M. le P[r] E. GRIMAUX

Membre de l'Institut, Professeur agregé de l'Ecole de Médecine de Paris, Professeur de l'Institut Agronomique, ancien Professeur à l'Ecole Polytechnique.

Malgré l'état précaire de sa santé que de terribles émotions dues à l'injustice et à l'ingratitude des hommes, avaient sérieusement minée dans ces derniers temps, le grand savant E. Grimaux continuait ses remarquables travaux. Le 2 mai, vers dix heures du matin, il s'était remis avec ardeur à l'ouvrage; une hémorragie cérébrale le foudroya en pleine activité intellectuelle ; mort clémente qui mit un terme aux souffrances du savant et lui permit de finir avec la jouissance de toutes ses facultés et de toute son énergie morale. Cette fin au champ d'honneur était bien digne de l'illustre chimiste dont la vie est un rare exemple de ce que peuvent, réunies la puissance intelligente, l'énergie sans défaillance, et la synthèse de toutes les vertus civiques.

Né à Rochefort-sur-Mer le 3 juillet 1835, Louis-Edouard Grimaux était le fils d'un modeste professeur de l'Ecole de Médecine de Rochefort. Après avoir terminé ses études classiques, il entreprit l'étude de la pharmacie et entra, dès seize ans, au service de la pharmacie de la marine, qu'il abandonna six ans plus tard. Il épousa alors une jeune fille de Sainte-Hermine, en Vendée, où il ouvrit une officine, bornant son avenir au rôle assez modeste de pharmacien de campagne. La lecture des œuvres de Ch. Gerhardt fut pour lui une révelation et l'enthousiasma pour les recherches chimiques. Dans son pauvre laboratoire d'apothicaire rural, il se livra, sans aides et sans conseils, aux recherches et aux analyses qui devaient, avant peu, l'illustrer. Pharmacien de 1[re] classe dès 18[illegible], il vint à Paris, aborda les études médicales, entra dans le laboratoire de Wurtz et soutint, en 1865, une brillante thèse de doctorat intitulée : *Du hachich ou du chanvre indien.* L'année suivante, il passait avec succès le concours de l'agrégation de chimie à la Faculté de Paris. En 1867, il quittait définitivement la carrière pharmaceutique pour s'adonner tout entier à la science et finit par conquérir l'estime et l'affection de l'illustre Wurtz.

Lors de la déclaration de la guerre en 1870, Grimaux, en villégiature dans une ville de l'Ouest, aurait pu, comme tant d'autres, rester à l'écart et à l'abri du danger mettant à profit sa qualité de médecin. Ardent patriote, il ne borna pas là son devoir et courut à Paris, juste au moment où cette ville allait

être investie, pour revêtir l'uniforme de garde national, courir aux avant-postes et faire face à l'ennemi. Ce fut alors qu'il mérita, par son énergie, sa confiance dans l'avenir et l'ardeur de son patriotisme, l'affection de Gambetta.

Après cette terrible épreuve, Édouard Grimaux revint à ses travaux de chimie et sa réputation s'accrût rapidement. Il suppléa Wurtz en 1872, au cours de chimie de la Faculté de médecine; puis il devint successivement sous-directeur du laboratoire des Hautes études à la Sorbonne en 1873, répétiteur à l'École polytechnique, professeur de chimie générale à l'Institut agronomique en 1876 et enfin, en 1881, professeur de chimie à l'École polytechnique où il remplaçait Cahours. L'Institut lui ouvrit ses portes en 1894, et il occupa à l'Académie des sciences, le fauteuil de Frémy.

Honoré de tous, Grimaux eut pu, dès lors, parfaire son œuvre et augmenter l'éclat de sa réputation en toute quiétude, mais sa valeur morale dépassait de beaucoup ses brillantes qualités scientifiques.

Républicain de principe et non d'étiquette, il n'hésita pas à abandonner son laboratoire, pour entrer, lors du procès Zola, dans la fournaise politique dont il s'était jusqu'alors tenu soigneusement à l'écart. Il ne craignit pas de sacrifier sa situation, de soulever contre lui les passions les plus détestables et les colères les plus haineuses pour défendre avec le beau calme de la raison les principes violés de la Révolution, et ce qu'il appelait éloquemment la liberté et l'honneur de la Patrie.

Alors on vit, chose étrange, un Ministre de la Guerre frapper lâchement ce courageux citoyen, lui enlever sa chaire à l'Ecole polytechnique parce qu'il avait donné avec une mâle énergie un bel exemple de civisme en défendant, avec quelques-uns contre tous, ce qu'il croyait être le juste et le vrai.

La tourbe haineusequi borne le patriotisme aux refrains imbéciles des cafés-concerts, s'acharna à cette noble victime lors de la session de Nantes du Congrès pour l'avancement des sciences que présidait Ed. Grimaux. Il n'y eut pas d'injures qu'on lui épargnât et l'on fut jusqu'à accuser de trahison et de vénalité ce grand homme qui honorait la France par son intelligence et sen travail, et qui venait d'écrire au Ministre Billot la belle lettre suivante: « Je suis un patriote qu'on croit flétrir quand on l'appelle chauvin; je suis de ceux qui courent quand les régiments défilent, et, quand le drapeau passe, je le salue respectueusement, le cœur ému et palpitant; car ce glorieux drapeau, je l'ai vu arracher des mains héroïques de l'armée de Metz par la trahison, et ce drapeau, j'espère le voir flotter au-dessus de nos villes perdues, au lendemain des batailles victorieuses qui nous rendront nos chères provinces ».

Mais à notre époque, le patriotisme ne consiste plus à veiller à la grandeur et à l'honneur de la France, il se borne aux gestes épileptiques qui dissimulent le tremblement des lâches et masque la couardise des cœurs. Des hommes comme Grimaux ne sauraient être compris par de tels patriotes. Il aimait tellement la France qu'il ne put, sans être terriblement atteint, la voir livrée à de telles passions; il ne se releva pas de ce coup. Sa santé s'altéra de plus en plus et le calme que lui procura le travail ne suffit pas à lui rendre ses forces. Il est mort victime de son sincère amour du vrai et du bien, comme Socrate, et la postérité seule saura le mettre au noble rang qu'il mérite parmi les grands hommes dont s'honorent la France et l'humanité tout entière. J. Noir.

Parmi les principaux travaux d'Edouard Grimaux citons: *Du hachich ou du chanvre indien* (1865), *Equivalents, atomes et molécules* (1866), *Chimie organique* (1872-1878), *Chimie inorganique élémentaire* (1874-1879), *Théories et notations chimiques* (1884). *Lavoisier d'après sa correspondance, ses manuscrits, ses papiers de famille et d'autres documents inédits* (1888), etc., etc.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

Lundi 14. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Gley, Launois, Desgrez, Ch. Richet, Retterer, Hanriot. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*) : MM. Lannelongue, Lejars, Lepage. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Terrier, Delbet, Broca (Aug.) — (2e *série*) : MM. Delens, Kirmisson, Walther. — (2e *partie*) : MM. Potain Hayem, Teissier.

Mardi 15. — 2e *de Doctorat* (1re *série*) : MM. Remy, Hanriot, Langlois — (2e *série*) : MM. Gautier, Retterer, Weiss. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*). Nouveau régime : MM. Chantemesse, Blanchard, Roger. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Guyon, Schwartz, Brun. — (2e *série*) : MM. Berger, Quénu, Albarran. — (2e *partie*) : MM. Jaccoud, Raymond, Charrin. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Budin, Bonnaire, Wallich.

Mercredi 16. — 2e *de Doctorat* (1re *série*) : MM. Ch. Richet, Launois, André. — (2e *série*) : MM. Broca (André), Gley, Wurtz. — 3e *de Doctorat*, oral. (1re *partie*). Nouveau régime : MM. Pinard, Poirier, Delbet. — Oral (1re *partie*). MM. Lannelongue, Legueu, Lepage. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Delens, Tuffier, Mauclaire. — (2e *série*) : MM. Kirmisson, Jalaguier, Walther.

Jeudi 17. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*). Nouveau régime : MM. Cornil, Blanchard, Ménétrier. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Raymond, Gley, Chassevant, Remy, Hanriot, Langlois. — 3e *de Doctorat*, oral (1re *partie*). Nouveau régime : MM. Schwartz, Thiéry, Wallich, Poirier, Faure, Bonnaire. — (2e *partie*) : MM. Debove, Roger, Desgrez.

Vendredi 18. — 2e *de Doctorat* : MM. Ch. Richet, Broca (André), Retterer. — 3e *de Doctorat* oral (2e *partie*). Nouveau régime : MM. Grancher, Brissaud, Heim. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Terrier, Broca (Aug.), Legueu. — (2e *série*) : MM. Tillaux, Lejars, Sébileau. — (2e *partie*) : MM. Landouzy, Widal, Teissier. — Obstétrique (1re *partie*) : MM. Pinard, Varnier, Lepage.

Samedi 19. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Blanchard, Gley, André, Remy, Broca (André), Langlois. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Chassevant, Roger. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*). (1re *série*) : MM. Cornil, Thiroloix, Vaquez. — (2e *série*) : MM. Dieulafoy, Ménétrier, Achard. — 1re *série*) : MM. Debove, Joffroy, Dupré. — (2e *série*) : MM. Raymond, Chantemesse, Marfan. — Obstétrique (1re *partie*) : MM. Budin, Bonnaire, Wallich.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Mercredi 16. — M. Portal. Contribution à l'étude des traitements des fractures par la suture osseuse précoce de certaines variétés. — M. Frémont. De quelques indications opératoires dans la grossesse extra-utérine. — M. Cohen. Le traitement des lochies fétides par l'hypochlorite de soude. (Liqueur de Labarraque.)

Jeudi 17. — M. Bévalot. Des parotidites au cours de la fièvre typhoïde. — M. Bigart. Albumines de la cellule hépatique.

Enseignement médical libre.

Cours complets élémentaires et pratiques de vénéréologie et de gynécologie. — Deuxième série des cours de l'infirmerie de Saint-Lazare. — Mardi, M. Wickham, *syphiligraphie*. Jeudi, M. Verchère, *vénéréologie*. Samedi, M. Ozenne, *gynécologie*. Le cours comprend dix-huit leçons.

Maladies nerveuses et mentales. Hypnotisme. — M. le Dr Bérillon, lundis et vendredis, à 5 heures du soir, à l'école pratique de la Faculté de médecine, amphithéâtre Cruveilhier, *applications cliniques, psychologiques et médico-légales de l'hypnotisme*.

Cours de chirurgie oculaire. — M. le Dr A. Terson, à l'Hotel-Dieu, le jeudi, à 5 heures, un cours de chirurgie oculaire avec exercices opératoires. Ce cours est gratuit. S'inscrire d'avance, 52, rue Jacob, tous les jours, de 1 à 2 heures.

FORMULES

XXV. — Elixir anti-odontalgique.

Gaïac	15 grammes.
Pyrèthre	ā ā 4 —
Noix muscade	
Girofle	2 —
Huile de romarin	X gouttes.
Huile de Bergamote	IV —
Alcool à 70°	100 grammes.

Faire macérer 8 jours. Filtrer. Une cuillerée à café dans un verre d'eau. (Leroy cité par Yvon.)

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 29 avril au samedi 5 mai 1900, les naissances ont été au nombre de 1076 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 397, illégitimes, 191. Total, 588. — *Sexe féminin* : légitimes, 339, illégitimes, 149. Total, 488.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1896 : 2.511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 29 avril au samedi 5 mai 1900, les décès ont été au nombre de 1099, savoir : 586 hommes et 513 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fiévre typhoïde : M. 7, F. 11. T. 18. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 1, T. 1. — Rougeole: M. 16, F. 18, T. 34. — Scarlatine : M. 2, F. 1, T. 3. — Coqueluche : M. 3, F. 0, T. 3. — Diphtérie. Croup : M. 3, F. 5, T. 9. — Grippe : M. 1, F. 3, T. 4. — Phtisie pulmonaire : M. 160, F. 108, T. 268. — Méningite tuberculeuse : M. 15, F. 15, T. 30. — Autres tuberculoses : M. 29, F. 7, T. 36. — Tumeurs cancéreuses : M. 30, F. 30, T. 60. — Tumeurs autres : M. 1, F. 7, T. 8. — Méningite simple : M. 6, F. 13, T. 19. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 17, F. 20, T. 37. — Paralysie, M. 2. F. 7, T. 9. — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 7, T. 13. — Maladies organiques du cœur : M. 34, F. 26, T. 60. — Bronchite aiguë : M. 1, F. 9, T. 10. — Bronchite chronique : M. 10, F. 16, T. 26. — Broncho-pneumonie : M. 26, F. 17, T. 43. — Pneumonie : M. 19, F. 21, T. 40. — Autres affections de l'appareil respiratoire: M. 26, F. 21, T. 47. — Gastro-entérite, biberon : M. 20, F. 12, T. 32. — Gastro-entérite, sein : M. 0, F. 3, T. 3. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 3, F. 2, T. 5. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2, F. 0, T. 2. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 0, T. 0. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Débilité congénitale : M. 10, F. 10, T. 20. — Sénilité : M. 14, F. 32, T. 46. — Suicides : M. 5, F. 5, T. 10. — Autres morts violentes : M. 18, F. 11, T. 29. — Autres causes de mort: M. 88, F. 71, T. 159. — Causes restées inconnues : M. 12, F. 2, T. 14.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 84, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 25, illégitimes, 16. Total : 41. — *Sexe féminin* : légitimes, 27, illégitimes, 16. Total : 43.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Cours de clinique chirurgicale* (Professeur : M. LE DENTU). — M. MAUCLAIRE, agrégé, chargé de cours, vendredis et mardis, à 9 h. 1/2. — Opérations de chirurgie générale après les leçons. Opérations gynécologiques le jeudi, à 9 heures, dans le service spécial de gynécologie. Examen des malades, par les élèves, les lundis, mercredis et samedis.

Manœuvres obstétricales. — M. LEPAGE, agrégé. Les démonstrations ont lieu le jeudi à 6 heures de l'après-midi. Les exercices opératoires d'obstétrique commenceront le lundi 14 mai, à 3 h., et se continueront tous les jours, à 3 heures (Pavillon n° VI). Les inscriptions pour les exercices opératoires seront reçues au secrétariat (Guichet n° 3), de midi à trois heures, les lundis, mardis, jeudis et samedis 12 mai inclusivement, sur la présentation de la carte d'immatriculation. Le montant des droits est de 50 francs. Les démonstrations du jeudi au grand amphithéâtre de la Faculté sont publiques et gratuites. Les élèves inscrits regulièrement recevront une lettre de convocation spéciale.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — Un concours s'ouvrira le 19 novembre 1900, devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lyon, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

CONCOURS POUR TRENTE-SIX PLACES D'AGRÉGÉS DES FACULTÉS DE MÉDECINE. — Il sera ouvert à Paris, en 1900-1901, des concours pour trente-six places d'agrégés entre les facultés de médecine ci-après désignées : Paris, Bordeaux, Lille, Lyon, Montpellier, Nancy et Toulouse. Ces concours s'ouvriront à Paris, savoir : Le 17 décmbre 1900, pour la section de médecine (pathologie interne et médecine légales); le 11 mars 1901 pour la section de chirurgie et accouchements; le 13 mai 1901 pour la section des sciences anatomiques et physiologiques et pour la section des sciences physiques. Les candidats s'inscrivent chacun d'une manière spéciale pour l'une des places mises au concours dans chaque faculté. Ils peuvent s'inscrire subsidiairement pour plusieurs places.

BANQUET GILLES DE LA TOURETTE. — Le service médical de l'Exposition, les élèves et amis du Dr GILLES DE LA TOURETTE lui offriront à l'occasion de sa promotion au grade d'officier de la Légion d'honneur, un banquet qui aura lieu le vendredi 22 mai, à 7 h. 1/2, à l'Hotel Continental, sous la présidence du Pr Brouardel. Les adhésions sont reçues chez le Dr Deschamps, 76, rue de la Victoire.

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours d'ophtalmologie.* — Le concours pour la nomination à une place de médecin ophtalmologiste des hôpitaux de Paris doit s'ouvrir le 28 mai. Les candidats inscrits sont : MM. Vignes, Rochon-Duvigneaud, Sauvineau, Morax. Le jury est composé de MM. Lannelongue, Terrier, Delens, Pozzi, Brissaud.

ECOLE DE MÉDECINE DE CAEN. — M. le Dr Bourienne est nommé chef de clinique chirurgicale.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Gabriel BERBEZ, ancien interne de Charenton, médecin adjoint de l'asile de Dury-lès-Amiens.

Chronique des Hôpitaux.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — *Radioscopie médicale.* — M. le Dr A. BÉCLÈRE, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, commencera, le dimanche 20 mai, à 10 heures du matin, et continuera les dimanches suivants à la même heure, dans la salle des conférences de l'hôpital, une nouvelle série de *Six conférences sur les premières notions de Radiologie*, indispensables à la pratique de la Radioscopie et de la Radiographie médicales. Après chaque conférence, présentation et examen radioscopique des malades.

CLINIQUE NATIONALE OPHTHALMOLOGIQUE DES QUINZE-VINGTS. — *Conférences d'ophthalmologie.* — Les médecins de la clinique des Quinze-Vingts commenceront, le lundi 14 mai 1900, des leçons cliniques et théoriques, qui auront lieu dans l'ordre suivant : Mardi, à 1 h. 1/2, Dr Trousseau, leçons cliniques. — Mercredi, à 1 heure, Dr Kalt, leçons de diagnostic ophthalmologique avec indications thérapeutiques. — Jeudi, à 2 heures, Dr Dubief, démonstration d'anatomie pathologique et de bactériologie. — Jeudi, à 3 heures, Dr Valude, thérapeutique chirurgicale; présentation de malades. — Samedi, à 2 heures, Dr Chevallereau, thérapeutique médicale. — Consultations et opérations, à 1 heure.

HÔPITAL BROCA. — *Cours complet de gynécologie.* — M. S. POZZI, le vendredi à 10 heures. — Un cours de gynécologie pratique sera fait les lundis et mercredis, à 10 heures, sous sa direction. Ce cours sera complet en vingt leçons. Démonstration d'histologie sur les pièces du service, le samedi, à 10 heures, par le chef du laboratoire.

HÔPITAL ANDRAL. — MM. Albert MATHIEU et SOUPAULT : le vendredi à 10 heures, conférences cliniques sur les maladies de l'appareil digestif.

HÔPITAL DE LA PITIÉ. — M. le Dr BABINSKY : conférences cliniques sur les *Maladies du système nerveux*, le samedi matin.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — Le Dr DU CASTEL, conférences cliniques le samedi à 1 h. 1/2. A 1 h. 1/2 consultation externe. A 2 h. 1/2 conférence clinique dans la salle des conférences.

Leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques. — M. HALLOPEAU, salle des conférences, le dimanche, à 9 heures et demie du matin.

Maladies cutanées et syphilis : Le Pr FOURNIER a repris le vendredi 4 mai, son cours de clinique.

Maladies du cuir chevelu. — M. SABOURAUD : tous les mercredis et samedis, à 9 h. 1/2, à partir du 16 mai, leçon théorique et pratique sur les maladies microbiennes du cuir chevelu et de la peau (laboratoire de l'école Lailler).

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Cours de clinique des maladies du système nerveux.* — M. le Pr RAYMOND : vendredis et mardis, à 10 heures.

M. le Dr Jules VOISIN, conférences cliniques sur les *Maladies mentales et nerveuses*, le jeudi à 10 heures du matin.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCC^r, RUE DE RENNES, 71.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE INTERNE

De la fièvre dysentérique dite pernicieuse ;

Par les Drs **Spiridion KANELLIS**, ancien vice-président de la Société médicale, et **Jean CARDAMATIS**, membre de l'Académie de médecine de Barcelone (d'Athènes).

I.

La tendance qu'avaient nos anciens confrères à mettre trop de détails dans leurs observations scientifiques, et à négliger la détermination claire de l'explication de tout phénomène pathologique, fût-ce le moindre, a malheureusement tant augmenté la description et la classification des fièvres pernicieuses, que l'on voit entrer dans cette classification, sous le nom de fièvres dysentéroïdes émanant du miasme paludéen, des états pathologiques qui ne sont qu'une complication de la fièvre intermittente ou rémittente avec catarrhe dysentérique.

L'existence d'une fièvre dysentérique pernicieuse fut rejetée par de célèbres auteurs qui, par contre, ont soutenu la possibilité de l'évolution simultanée de ces deux entités morbides indépendantes entre elles, chez le même individu.

En beaucoup de pays chauds, dit Colin, la dysenterie et la fièvre paludéenne règnent en même temps et forment presque entièrement le tableau pathologique de ces contrées.

Il n'est donc point étonnant si ces deux maladies attaquent souvent le même individu et qu'on voit mourir de symptomes dysentériques [illegible] des personnes qui ont présenté un certain nombre d'accès fébriles.

[illegible] l'évolution simultanée de ces deux entités morbides et tâchant d'établir par des arguments raisonnés la périodicité de l'exaltation du catarrhe dysentérique toutes les fois que la [illegible] intermittente coexiste, Colin soutient que les [illegible] de l'une peuvent concourir à celles de l'autre infection, et il admet que les [illegible] produites dans la période du frisson des accès [illegible] lorsqu'il y a une congestion de dysenterie [illegible] congestion accompagnée [illegible], [illegible] après ce [illegible] périodiquement, à moins qu'elles n'aient tué le malade du premier coup.

En Grèce, on ne rencontre que très rarement ces fièvres caractérisées comme dysentériques pernicieuses, par exemple, lorsque durant les saisons estivale et automnale de l'année, une épidémie de catarrhe dysentérique sévit conjointement avec une endémie de fièvres paludéennes. On ne rencontre cette forme ou plutôt cette combinaison de l'héloplasmode de Laveran avec le virus dysentérique que là où, pour des raisons climatériques ou à la faveur de la latitude géographique, ces deux maladies sont endémiques, comme on le voit particulièrement dans les régions tropicales. A Rome, par exemple, où le paludisme est endémique au point de primer toutes les autres maladies, et où la dysenterie est très rare, Colin dit qu'il n'a même pas observé un cas de fièvre dysentérique pernicieuse, et il explique ce phénomène par l'absence complète des dysenteries qui, faisant défaut, ne compliquent point les maladies paludéennes en cette région. En concluant, il émet l'avis que là où la dysenterie n'est point endémique à côté de la fièvre palustre, il est impossible d'observer l'existence de la fièvre dysentérique dite pernicieuse.

Hippocrate, lui-même, considérait la dysenterie comme une complication de l'impaludisme et non comme engendrée par ce dernier, en disant « δυσεντερίη σωληνώδεσι μὴ μακρὴ χρήσιμον, μακρὴ δὲ πονηρόν· [illegible] δυσεντερίας γίγνονται θανάσιμοι » (1).

Jean D[illegible]don (2) soutenant l'opinion que des accès de fièvre paludéenne compliquent souvent la dysenterie, affirme que la fièvre paludéenne ne peut en rien modifier la marche de la dysenterie et, en étudiant la fièvre dysentérique, considérée comme pernicieuse par Daullé, il admet l'existence des caractères symptomatiques établis par Daullé relativement à la fièvre dysentérique pernicieuse, mais il pense que, même encore, on doit considérer la maladie comme fièvre intermittente compliquée, et non comme une fièvre paludéenne pernicieuse proprement dite.

S. Mourson, en [illegible] les deux maladies, dit

(1) Κωακαὶ προγνώσεις, [illegible].

(2) [illegible] à la [illegible] d'Afrique. Thèse de Paris, 18[illegible].

que la paludisme est un sol entièrement préparé pour recevoir la dysenterie, car il lui fournit les conditions les plus favorables à son développement, c'est-à-dire la collaboration infectieuse, l'affaiblissement de l'organisme, enfin qu'il expose à l'attaque de plusieurs infections, telles que la dysenterie, le choléra (1), etc. Ceux qui viennent, dit-il, soit de pays salubres, soit de foyers palustres ou ceux qui sont affectés du paludisme, seront les premiers attaqués par le fléau dysentérique.

Quant à nous, nous étant appliqués à l'étude des fièvres dysentériques qui sont décrites dans la littérature médicale comme pernicieuses, nous les rapportons toutes sans exception aux catarrhes dysentéroïdes compliqués quelquefois par le paludisme, et nous n'attachons aucune signification aux cas de prétendues fièvres dysentériques pernicieuses inscrits dans la littérature médicale, et qui étaient considérés comme guérissables par quelques grains de quinine administrés aux malades, tandis que l'amélioration essentielle du catarrhe n'était pas déterminée par le médicament spécial du paludisme, mais bien par les moyens thérapeutiques appropriés au catarrhe dysentérique et dont on faisait usage. En examinant les travaux des divers observateurs de la fièvre dysentérique pernicieuse, nous relevons que ces derniers attribuent une grande signification et beaucoup d'attention au ténesme et aux évacuations sanguinolantes, symptômes qui étaient suffisants, dès leur apparition, à faire considérer ces cas comme des fièvres dysentériques pernicieuses. Mais qui de nous n'a pas rencontré des entérites simples qui prennent le masque de la fièvre dysentérique avec ténesme léger pendant leur exaltation inflammatoire; envie fréquente d'expulser le mucus et évacuations sanguinolentes.

Rien que ce léger ténesme et ces quelques gouttes de sang suffisent-ils à constituer l'élément spécifique de la malignité sur lequel est basée la fièvre dysentérique pernicieuse. On voit toujours ces exaltations, ces violentes inflammations de l'entérite simple survenir à la suite d'un refroidissement ou de fautes diététiques, circonstances qui, débilitant les petits malades, amènent sa mort ou cèdent au traitement et au régime raisonnés; elles sont une pure complication toutes les fois qu'elles se manifestent chez des personnes impaludées, attendu que l'élément paludéen n'a pas la vertu de produire de pures dysenteries, comme le choléra ne peut engendrer le typhus, ni le typhus produire la variole.

II.

La dysenterie est incontestablement endémique où le paludisme l'est aussi et, en particulier, dans les pays chauds; c'est pourquoi l'on voit souvent des personnes impaludées attaquées de la dysenterie ou inversement, des dysentériques atteints du paludisme. C'est à cette constatation qu'on peut attribuer l'erreur d'auteurs distingués qui ont considéré la dysenterie comme une manifestation paludéenne et ont décrit à part une *dysenterie paludéenne*, une *dysenterie intermittente* et une *fièvre dysentérique pernicieuse*. La dysenterie seule, développée par hasard sur un organisme, infecté depuis longtemps par le paludisme et en portant les stigmates évidents, (surtout si ce dernier a une forme fébrile ou continue) peut amener une confusion des symptomes et revêtir la marque compliquée de ces deux maladies, et seul l'examen microscopique peut nous fixer à ce sujet. En effet, la dysenterie aiguë est souvent accompagnée par de la fièvre alors même qu'il n'y a point de complication avec le paludisme. Cette fièvre n'est due à rien autre qu'au virus propre de la dysenterie et aux modifications pathologiques de l'intestin qui en résultent. Plus d'une fois chez les enfants affectés d'un catarrhe dysentéroïde aigu, nous avons remarqué une fièvre rémittente ou continue qui montait jusqu'à 40 degrés, surtout vers le soir, et persistait pendant quatre ou cinq jours, provenant du catarrhe, sans que le paludisme y fût même pour quelque chose. En pareil cas la quinine, ainsi que Laveran le prétend, n'a aucune action favorable sur la terminaison de la maladie, et c'est à un autre traitement que le praticien doit avoir recours pour obtenir la guérison du malade (calomel, huile de ricin, bains tièdes, régime lacté exclusif).

L'examen du sang chez les dysentériques ne permet jamais de découvrir l'existence d'héloplasmode, et à l'autopsie on retrouve de profondes altérations du gros intestin, qui ne se trouvent point chez les impaludiques, la rate est rarement tuméfiée, et alors fort peu, il n'y a point de granulations pigmentaires, ni dans ce viscère, ni dans les autres organes. Ce n'est que lorsque le paludisme est compliqué d'une dysenterie chez le même sujet qu'on peut retrouver l'héloplasmode dans le sang et la phlegmasie du gros intestin qui caractérise la dysenterie. Il en résulte que la dysenterie et le paludisme sont des maladies différentes, mais qui peuvent souvent coexister chez le même individu dans des pays chauds, et qui exercent entre elles au point de vue de prédisposition une influence indiscutable, car chacune d'elles, en débilitant l'organisme, constitue une cause prédisposante. L'un de nous a observé à Boufrade en 1895, pendant une épidémie de fièvres paludéennes et de catarrhes dysentériques, des cas de ce genre; et c'est seulement dans ces cas que l'usage de la quinine est indiqué.

Tous les enfants qui étaient débilités et anémiques par les suites du paludisme, ceux-ci, comme des organismes prédisposés, étaient facilement attaqués par la dysenterie; et ceux qui, parmi eux, étaient en convalescence de dysenterie, étaient plus facilement sujets au paludisme. Dans de pareilles circonstances, les deux maladies s'aggravaient par leur coexistence et agissaient parallèlement contre l'organisme, « comme prédisposant l'une à l'invasion de l'autre, ajoute Laveran avec beaucoup de raison, celui qui est en convalescence d'une dysenterie, et qui vient à être attaqué par une fièvre intermittente, voit apparaître de nouveau la dysenterie qui venait de disparaître ».

Selon nous, qui avons étudié de près la question, tous les cas de catarrhes dysentériques que nous avons eu l'occasion de remarquer, chez des enfants particulièrement, résultent d'alimentations défectueuses, d'influences atmosphériques, de fautes diététiques, et on observe souvent des catarrhes semblables, sous forme épidémique ou sporadique, sans que le miasme paludéen y ait quelque rapport, si ce n'est en tant que complication. Le mouvement fébrile qui affecte parfois la forme rémittente, tient proprement à la cause primitive du catarrhe dysentérique, si en effet, l'élément paludéen n'y joue aucun rôle. La quinine n'a aucune action, comme du moins nous l'avons constaté après un long séjour dans des lieux très marécageux, sur l'état général du malade, et encore moins sur les évacuations et le ténesme, symptômes à tort attribués à la cause sous-

(1) Recherches cliniques sur la complication paludéenne dans quelques intoxications, p. 214, t. II. (Archives méd. navales, 1887.)

entendue du miasme paludéen, à moins que celui-ci ne se trouve compliqué secondairement, comme cela a été observé par nous pendant une épidémie de fièvres paludéennes et de catarrhes dysentériques. D'ailleurs, on voit souvent le miasme paludéen se compliquer avec d'autres maladies, comme par exemple, paludisme avec érysipèle, paludisme avec rougeole, paludisme avec grippe et ainsi de suite.

Dans une statistique de 43 hôpitaux militaires, d'après laquelle, pendant une période de cinq ans 60,125 individus impaludés ont été soignés, on n'a observé que 127 cas de fièvres pernicieuses ; parmi ces dernières on n'a observé, inscrit sur les bulletins, pas un seul cas de fièvre dysentérique pernicieuse. Notre statistique portant sur 10,000 personnes impaludées témoigne que parmi les 22 cas de fièvres pernicieuses que nous avons constatés il n'y avait aucune observation de fièvre dysentérique. D'après une statistique générale dressée après une étude très pénible des articles, des monographies et des traités d'auteurs grecs, français (Afrique, contrées tropicales, etc.), anglais (Indes, Australie, etc.), allemands (Cameroun), italiens (Abyssinie), parmi 277,000 cas de maladies paludéennes, il y avait 3,054 cas de fièvres pernicieuses. Parmi ces fièvres pernicieuses, on n'a signalé seulement la forme de 1,317 cas dont 8 seulement ont été considérés par les observateurs comme de nature dysentérique pernicieuse. En faisant maintenant l'addition des nombres de toutes ces statistiques, nous obtenons le total de 344,825 cas de maladies paludéennes, dont 3,203 étaient des fièvres pernicieuses. Parmi elles, les 1,466 furent d'une forme connue et de ces dernières encore, 8 seulement ont été considérées et inscrites comme dysentériques pernicieuses ! Et elles sont même très contestables, parce que les observations des médecins français, surtout, ont été faites dans les contrées tropicales, où la dysenterie est endémique. On voit ainsi que la statistique exacte et contrôlée confirme absolument nos considérations qui rejettent formellement l'existence d'une fièvre dysentérique pernicieuse comme une entité nosologique particulière.

En effet, la cause spéciale du catarrhe dysentérique primitif qui ne consiste point dans le miasme marécageux, ne semble pas être découverte d'une manière convaincante ; seulement, comme étiologie on rapporte des causes diverses ainsi que certains microbes, on considère comme causes prédisposantes, l'influence de la saison chaude de l'année, les changements atmosphériques, etc. L'un de nous, qui exerçait à Boufrade de Pylie, en 1894, a observé une pareille épidémie (chez des enfants particulièrement) qui était due aux changements atmosphériques, mais qui était d'un caractère bénin. Toutefois, il a en même temps remarqué des cas graves, où la fièvre trahissait une coexistence paludéenne ; tous ces cas cependant, il les a traités par tout autres moyens que la quinine, d'après la conviction qu'il avait sur leur pathogénie. Lorsqu'en 1895, il y avait à Boufrade une grande épidémie de fièvres paludéennes comme intensité et comme étendue, en même temps qu'une légère épidémie de catarrhes dysentériques, il a souvent remarqué, en consultation avec d'autres confrères, que ces deux entités nosologiques se compliquaient, mais que chacune d'elles travaillait à son propre compte, sans que l'une influençât les produits de l'autre, de façon que le tableau clinique se modifiât. C'est à une coïncidence qu'on peut attribuer l'exaltation symptomatologique du catarrhe dysentérique, toutes les fois que la fièvre intermittente vient à se développer simultanément (bien que, en principe, nous admettions que ces deux maladies s'influencent entre elles) ; et cela d'autant plus qu'il est reconnu que le catarrhe est susceptible de rémissions et d'exaltations. Quant à nous, dans tous les cas que nous avons remarqués, nous ne vîmes jamais le catarrhe dysentéroïde changer de caractère, s'aggraver ou au contraire s'adoucir par la complication de l'infection paludéenne et encore moins, nous avons vu la quinine ou ses diverses préparations exercer une influence sur le catarrhe dysentéroïde proprement dit. Ce n'était que le mouvement fébrile qui était arrêté ou prévenu, tandis que d'autre part l'autre état morbide, le catarrhe dysentéroïde, accomplissait et parcourait son évolution naturelle et il n'était influencé que par les médicaments indiqués contre lui. Par contre, dans trois cas nous seuls et dans un autre avec un confrère expérimenté, en administrant la quinine pour le mouvement fébrile, nous avons été témoins d'une exacerbation du catarrhe. Cette exacerbation ne s'accomplissait pas, sans doute, à la suite d'une action contre l'organisme ou d'une sensibilité de l'organisme envers la quinine, mais parce que tout simplement la quinine n'a absolument aucune vertu thérapeutique sur la maladie, laquelle n'est point influencée par les sels de la quinine, mais bien par d'autres médicaments qui sont spéciaux pour elle. Les rémissions des évacuations et du ténesme après l'usage de la quinine que plusieurs observateurs rapportent, ne sont, d'après nous, qu'une illusion ou du moins des coïncidences fortuites. Car après l'administration du tannate de quinine, qui est d'usage en pareilles circonstances, il est probable que ces rémissions sont dues au tanin contenu et non à la quinine.

D'ailleurs, le catarrhe dysentérique proprement dit, est une entité nosologique particulière, soumise à un bacille spécifique décrit par Chantemesse et Widal, Cornil et Babès (qui ont même trouvés des diplocoques et des spirilles), Veillon et Jayle (le colibacille commun), Kartulis (d'Alexandrie), qui a retrouvé l'amibe dont il a présenté de nombreuses observations, recueillies de 1885 à 1893, et le regretté chirurgien grec Zangarolas (d'Alexandrie), qui admet le streptocoque comme la cause de la dysenterie (1).

Puisque donc, conclut-il, l'entité morbide de la dysenterie présente à coup sûr une spécifité microbienne, elle ne peut tenir à des causes multiples, si la cause spécifique, le bacille spécifique, n'est pas en scène, ne prédomine pas, soit que cela soit une amibe ou un streptocoque, ou un diplocoque, ou quelque chose d'autre, ou enfin une combinaison de microbes (Bertrand (2).

Le microbe est la cause spécifique, l'élément actif, sans lequel une maladie infectieuse ou contagieuse ne peut pas exister (3). Puisque donc, jusqu'aujourd'hui il y a des données d'après lesquelles on sait que l'héloplasmode ne peut produire une dysenterie, et que la dysenterie provient d'autres causes, à quoi bon revenir sur la vieille théorie d'Aristote, de la genèse spontanée, en admettant par ces considérations absurdes la génération de la cause presque à volonté, d'où découle la symptomatologie du virus dysentérique ? Donc, ou il y a le virus dysentérique agissant avec le virus paludéen,

(1) *Progrès Médical*, 1895. Dysentérie et abcès du foie.
(2) Contribution à la pathogénie de la dysentérie. *Revue de Médecine*, 1897, page 477.)
(3) Arnould. — *Hygiène*. Paris, 1881.

ou bien il y a l'élément paludéen avec une simple diarrhée ou entérite, états qui peuvent résulter de plusieurs causes.

De tous les cas relatifs à cette question que nous avons observés nous-mêmes, dans notre pratique clinique, nous concluons que : 1° La fièvre dysentérique pernicieuse n'est pas une entité morbide particulière, essentielle ;

2° Une pareille forme ne résulte pas du miasme paludéen primitivement, c'est-à-dire que cet élément ne peut pas produire le catarrhe dysentéroïde essentiel.

3° En cas de complication du miasme paludéen dysentérique, les productions de l'une des causes ne peuvent influencer celles de l'autre que par la débilitation de l'organisme que toutes les deux déterminent. Chacune des entités nosologiques évolue dans le même organisme indépendamment des effets de l'autre, chacune progressant dans le champ nosologique pour son propre compte.

4° Les deux entités nosologiques ne s'opposent point ou ne se font concurrence l'une à l'autre, et alors qu'elles se compliquent et évoluent dans un même organisme; l'une n'en prédispose pas moins le sol pour l'établissement ou pour la renaissance de l'autre maladie à la suite de la débilitation de l'organisme qu'elles déterminent.

5° *La fièvre dysentérique*, dite *pernicieuse*, doit être rayée du cadre des fièvres paludéennes, vu qu'elle n'existe pas avec la propriété nosologique qu'on lui attribue et cette dénomination doit être la *complication du paludisme avec le catarrhe dysentérique.*

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La prophylaxie de la tuberculose.

Le Congrès de Naples, troisième Congrès international de la tuberculose, a donné un regain d'actualité à la question si difficile et si importante de la prophylaxie de ce fléau. Depuis Hippocrate, on s'accorde à considérer la phtisie comme la maladie qui fait le plus de victimes à l'humanité, mais il faut avouer que jusqu'alors, malgré les découvertes scientifiques qui ont permis de percer le mystère de son étiologie et de sa transmission, les moyens prophylactiques employés sont restés impuissants, et plus que jamais la tuberculose est un danger social. L'échec indiscutable des hygiénistes dans la lutte contre la tuberculose tient, à notre avis, à la manière dont ils ont abordé la solution de ce complexe problème.

Les tuberculeux, ont-ils dit et disaient-ils hier encore, sont des réservoirs de germes; un seul, selon Heller, expectore 7 milliards 200 millions environ de bacilles par jour. Il faut supprimer les causes de contagion, isoler les tuberculeux, créer des hôpitaux, des sanatoria où les malades seront surveillés, où leur expectoration sera détruite, et si l'on ne parvient pas à guérir les phtisiques, on préservera du mal la partie saine de la population. Le raisonnement est parfait et l'adage « *sublata causa, tollitur effectus* » ne date pas de nos jours. Mais où la difficulté surgit, c'est dans sa mise en pratique. Des parlementaires ont déposé des projets de loi qui témoignent plus hautement de leur bonne volonté que de leur sens pratique. A Naples, un médecin grec, M. Kallivokas, a été draconien, il n'est pas allé certes jusqu'à proposer la suppression de tous les tuberculeux ou menacés de l'être, non : M. Kallivokas habite Athènes et n'est pas de Sparte; mais il a lu au Congrès un projet de loi qui demande le renvoi des écoles, de l'armée, des emplois publics, des administrations privées, des magasins et des ateliers, de tous les tuberculeux, ou des gens suspects de tuberculose. Que deviendront-ils? M. Kallivokas ne s'embarrasse pas pour si peu, ils seront placés dans des sanatoria. Et comment pourra-t-on entretenir ces établissements onéreux? Rien de plus simple pour l'hygiéniste grec, on créera, à ce sujet, un impôt sur les frais médicaux et les salaires.

Qu'il est facile de réformer ainsi l'Univers et de supprimer la tuberculose d'un trait de plume. Malheureusement il en est tout autrement quand on en arrive à l'application. Les seules mesures législatives de ce genre qu'ont pu prendre les nations civilisées, ne se sont, jusqu'à présent destinées qu'à la tuberculose des bovidés, et l'homme phtisique continuera longtemps de fabriquer et de répandre ses milliards de bacilles tuberculeux. Les règlements de police, appliqués un peu partout, sont surtout d'utiles conseils à la population qu'on doit instruire, conseils dont elle ne tient pas toujours compte. Il ne suffit pas, à l'exemple de certain conseiller municipal de Paris, de demander l'interdiction de cracher sur les trottoirs et de faire installer des crachoirs, autour desquels le public prendra le plus souvent le soin d'expectorer ; il faut prendre des mesures plus efficaces et là est la grande difficulté. En France, et à Paris en particulier, l'administration s'est sérieusement inquiété de cette grave question. Des commissions officielles ont été nommées pour tâcher de faire, si possible, une œuvre plus immédiatement utile que les Sociétés, les Ligues et les Congrès, et dès le début ces Commissions ont constaté leur impuissance absolue à effectuer le nécessaire, elles ont dû se borner à recommander l'exécution du possible.

A l'une de ces Commissions, une enquête superficielle démontra que 2.500 tuberculeux *indigents* étaient, au grand minimum, soignés à domicile par les médecins des Bureaux de bienfaisance de Paris. Ces 2.500 indigents ne représentaient certes pas la moitié des tuberculeux de la classe ouvrière dignes d'être hospitalisés ; et tout le budget de l'Assistance publique suffirait à peine à couvrir les frais qu'exigerait leur traitement dans des sanatoria. Il en est de même pour le reste de la France et du monde civilisé et tous les vœux émis dans les Congrès les plus savants et les mieux intentionnés ne pourront rien contre cette simple constatation. Là, nous le répétons, il faut se borner au possible qui est et sera longtemps très loin du nécessaire. Nous ne voulons pas dire qu'il soit inutile de construire des sanatoria, de pratiquer l'isolement des tuberculeux dans les hopitaux, isolement qu on s'étonne de ne pas voir encore effectué dans les services parisiens; bien au contraire, nous considérons que même d'une façon restreinte, les sanatoria et l'isolement peuvent rendre de très grands services, surtout si les médecins savent faire une utile sélection des malades

qui devront en bénéficier. Nous avons connu tel indigent tuberculeux qui, vivant en étroite promiscuité dans une étroite chambre avec sa famille, en tout cinq personnes, a vu, chose navrante, sa femme et ses trois enfants succomber aux atteintes du mal qu'il leur avait transmis et dont il ne tarda pas à être victime. Son hospitalisation à temps, si elle eut été possible, aurait sauvé la vie à quatre personnes.

D'autre part, nous avons vu un nécessiteux phtisique vivant seul avec sa femme et assez grandement logé pour prendre des précautions hygiéniques et prophylactiques suffisantes, s'améliorer sous l'influence du repos plus que du traitement et guérir. Ces exemples ne sont pas imaginés pour les besoins de la cause, nous pourrions mettre à côté des noms et des adresses, et quel médecin, du reste, n'a pas fait ici les mêmes constatations ! Concluons que la construction des sanatoria, l'isolement des tuberculeux sont utiles, même indispensables, mais que ces mesures si étendues qu'on puisse les prendre seront fatalement, je ne dirai pas insignifiantes, mais absolument insuffisantes.

Il ne faudra pas non plus compter, de longtemps, sur la seule instruction hygiénique du peuple pour éviter la dissémination de la maladie par les crachats. A ce point de vue il y a beaucoup à faire et pour la tuberculose comme pour l'alcoolisme, l'action utile ne pourra s'exercer qu'à l'école. Pour que le peuple ne soit pas tenté de rire des conseils des hygiénistes, il faut que dès l'enfance, il soit habitué à les entendre. Il faut qu'il entre dans ses mœurs par l'éducation de ne pas cracher partout et alors on aura quelques chances de diminuer en notable proportion la dissémination du bacille de Koch. Mais il ne faut pas non plus compter sur l'efficacité absolue de l'éducation hygiénique, il y aura de tout temps des gens rebelles aux bons conseils, comme il y en a de rétifs à la bienséance ; ces réfractaires seront légion parmi les tuberculeux indigents et suffiront toujours à propager la maladie.

Le problème de la prophylaxie paraît donc insoluble. A notre avis, cette apparence tient à ce que l'on n'envisage qu'un des facteurs de ce problème et cependant ils sont deux. Toute maladie infectieuse demande pour vivre et se propager deux éléments : un agent infectieux et un milieu, un terrain où ce dernier peut se développer. Or, jusqu'à présent on a fait le plus grand cas du bacille et l'on a guère songé au terrain où il est appelé à végéter. En un mot, la prophylaxie paraît trop se borner, dans les congrès, à la préservation contre la cause directe de la tuberculose, sur laquelle on a peu d'action, et ne songer guère aux causes prédisposantes que souvent l'on pourrait supprimer ou atténuer et qui sont, elles, les véritables raisons du développement effrayant que prend de nos jours la tuberculose. Ces causes prédisposantes résultent le plus souvent de la misère, elles consistent dans la mauvaise installation des ateliers, souvent sans lumière, où l'air chargé de gaz délétères et de poussières se renouvelle insuffisamment, elles résident dans l'exiguïté des logements de la classe ouvrière, où cinq et six personnes s'entassent dans des locaux où une seule pourrait à peine respirer librement. Elles se rencontrent enfin dans l'alimentation insuffisante et malsaine à laquelle l'ouvrier supplée par les liqueurs et les alcools. Récemment, MM. Barbier et Jacquet, à la société médicale des hôpitaux, insistaient sur le rôle prépondérant que l'alcoolisme jouait à Paris dans l'étiologie de la tuberculose, et nous sommes convaincus comme eux que c'est de ce côté et du côté de l'hygiène des ateliers et des habitations que les efforts prophylactiques donneront les meilleurs résultats.

Avant d'expulser le tuberculeux de toute agglomération humaine, de le mettre, de par la loi, dans l'impossibilité de gagner sa vie et de l'interner de gré ou de force, comme le demande M. Kallivokas ; avant d'interdire le mariage des tuberculeux, comme le désire M. Nennella (de Rome), nous pensons qu'à l'exemple de M. Rossi-Dorca (de Rome), il serait plus juste, plus humain, plus pratique et plus utile, d'améliorer les conditions de vie des ouvriers, d'assainir leurs habitations, de faire l'éducation hygiénique du peuple et partant d'enrayer l'alcoolisme ; on obtiendrait ainsi plus qu'en construisant de nombreux sanatoria, au moyen d'impôts sur les frais médicaux et les salaires ! sanatoria qui, malgré leur nombre, seraient toujours insuffisants.

J. Noir.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 12 mai 1900. — Présidence de M. Bouchard.

Cirrhoses alcooliques hypertrophiques avec diabète.

MM. Gilbert et Lereboullet ont observé deux malades atteints de cirrhose hypertrophique alcoolique ou anascitique avec diabète. Dans l'une, la cirrhose fut rigoureusement traitée et le sucre disparut en même temps que la maladie de foie s'amendait. Dans l'autre, le malade ne voulut pas se traiter et la cirrhose évolua vers la mort sans que la glycosurie disparût jamais complètement, le taux de l'urée restant relativement élevé. Il semble prouvé que, dans ces faits, le diabète soit sous la dépendance de l'hyperhépatie ; ils se rapprochent de ceux de Glénard où, bien que cet auteur ne le spécifie pas, il semble qu'il s'agisse, dans la plupart des cas, de cirrhose alcoolique hypertrophique anascitique. Cette hyperhépatie qui ici comme dans le cas de cirrhose pigmentaire, s'accompagne de lésions du foie, peut exister aussi sans lésions, l'organe étant simplement hypertrophié (comme dans un cas que MM. Gilbert et Lereboullet ont pu vérifier anatomiquement) où même l'organe restant de volume normal. L'hypothèse de l'hyperhépatie comme mécanisme de la genèse du diabète encré (notamment des faits d'acromégalie avec diabète et hépatomégalie) n'exclut d'ailleurs pas le rôle des troubles nerveux ou des lésions du pancréas qui agissent pour amener l'hyperactivité fonctionnelle de la cellule hépatique. Il convient de faire à côté du diabète par anhépatie, une place au diabète par hyperhépatie avec ou sans lésions du foie et de connaître l'existence du diabète de cette nature causé et entretenu par les cirrhoses hypertrophiques alcooliques.

Du diabète par hyperhépatie dans les cirrhoses pigmentaires.

MM. Gilbert, Castaigne et Lereboullet. — Dans le diabète bronzé (cirrhose hypertrophique pigmentaire) le mécanisme est encore discuté. Ici *le diabète semble l'effet, non la cause de cirrhose pigmentaire*, et doit être attribué

à l'hyperfonctionnement de la cirrhose hépatique. La preuve en est dans l'azoturie souvent considérable, dans l'évolution parallèle de cette azoturie et de la glycosurie, dans l'absence de signes d'insuffisance hépatique. De plus, dans un des deux cas rapportés (et qui concernent des formes lentes et bénignes de diabète bronzé), les auteurs ont eu par l'opothérapie hépatique, une exagération de la glycosurie, alors qu'en cas de diabète par anhépatie, ce traitement fait disparaître le sucre. Enfin l'absorption de glycose (suivi dans le cas d'anhépatie, d'élimination rapide et considérable de sucre qui cesse au bout de quelques heures a été suivie, dans un des cas indiqués, d'élimination lente, relativement modérée et longtemps prolongée). Hypertrophie de l'organe, hyperazoturie, hyperfonction glycogénique, parfois aussi hyperbiligénie, enfin hypergénèse pigmentaire, semblent justifier l'hypothèse de l'hyperhépatie comme cause immédiate du diabète qui est donc la conséquence directe et non la cause de la cirrhose pigmentaire.

Histologie des lymphatiques de l'estomac.

MM. Cuneo et Delamare. — L'origine des lymphatiques de l'estomac est discutée : Leven conclut à l'ouverture large des vaisseaux blancs dans les mailles du tissu périglandulaire. Renaut a toujours vu, chez les chiens, des ampoules terminales parfaitement closes; la méthode d'Altmann, employée par les auteurs chez le chien, le lapin, le cobaye, l'homme et le cheval, a permis de reproduire le plexus lymphatique sous-muqueux avec quelques ampoules closes.

Hémoglobine et fer.

M. Lapicque a étudié, surtout dans le sang de cheval, la teneur en fer de l'hémoglobine. Les différences acquises tiennent à la technique.

Hypochlorhydrie et hypopepsie.

MM. Gilbert et Chassevant ont étudié les courbes des variations de la sécrétion chlorhydrique et, contrairement à l'hypothèse d'Ewald, il n'y a pas concordance avec l'hypopepsie. Ce défaut de parallélisme explique les résultats fâcheux obtenus en thérapeutique en acceptant la concordance comme obligatoire. L'augmentation et la diminution du suc gastrique est, en effet, souvent inverse de l'augmentation chlorhydrique.

Excitabilité des nerfs.

M. Weiss étudie la conductibilité et l'excitabilité des nerfs. Après avoir soumis les électrodes à l'action de l'acide carbonique, il montre que l'excitabilité diminue, tandis que la conductibilité n'est pas modifiée.

M. Nicolas montre que le persulfate de fer ingéré modifie favorablement la nutrition des animaux.

Anatomie de l'artère cystique.

M. Cavaillé, au moyen d'injections colorantes, a étudié le trajet et la distribution de l'artère cystique chez l'homme. Il note les anastomoses entre le système hépatique artériel et le système cystique, et soulève l'hypothèse d'un lobe cystique embryonnaire pouvant persister chez l'adulte.

M. Giard a étudié l'action des solutions salines sur le développement des œufs d'échinodermes.

M. Vigier montre le rôle du nucléole dans la sécrétion.

MM. Doyen et Channoz (de Lyon) envoient une note relative aux phénomènes thermiques observés pendant la coagulation du lait. E. P.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de M. Maurice Chervin, emporté brusquement, à l'âge de 18 ans, par une pustule maligne. Nous adressons à son père, notre excellent confrère, M. le Dr Arthur Chervin, l'expression de nos plus vives sympathies. N. D. L. R.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 15 mai 1900. — Présidence de M. Marey.

La lutte contre l'alcoolisme.

A l'unanimité, sur la proposition de M. Laborde, l'Académie félicite M. le Ministre de la Guerre de sa circulaire interdisant l'alcool dans les casernes. Elle exprime le vœu qu'une mesure analogue soit prise dans la marine.

Monstres hétéradelphes.

M. Lannelongue présente deux jeunes Indiens hétéradelphes. Chacun d'eux porte un second sujet, mal développé en partie, confondu avec lui.

Traitement de la névralgie faciale par la résection du ganglion cervical supérieur du sympathique.

M. A. Chipault montre que, lorsque le traitement médical a échoué, ce qui n'arrive que trop souvent, le malade atteint de névralgie faciale se trouve en présence d'interventions chirurgicales peu encourageantes ; les résections périphériques du trijumeau, sans danger mais qui, le plus souvent, ne donnent que quelques mois de soulagement et les résections du ganglion de Gasser, plus utiles, mais singulièrement dangereuses, puisque leur mortalité opératoire dépasse 25 0/0. Or il semble, d'après leur pathogénie, souvent artério-scléreuse et d'après toute une catégorie de leurs symptômes, d'ordre vaso-moteur, que les névralgies faciales soient une affection d'origine vaso-motrice. Rien ne serait, dès lors, plus logique, que de les traiter par la résection du ganglion cervical supérieur du sympathique, qui fournit les vaso-moteurs, non seulement aux branches du trijumeau, mais encore à son ganglion gasserien et à ses noyaux encéphaliques, en somme à la totalité du nerf qui souffre. C'est ce qu'a fait Jaboulay, avec succès, dans un cas. C'est ce que, engagé par M. Abadie, j'ai pratiqué chez un homme de 60 ans atteint, depuis trente-trois ans, d'une forme extrêmement rebelle, grave et progressive de névralgie faciale, plus marquée sur le territoire du maxillaire supérieur. Tout avait été essayé sans succès, en particulier l'opium et le sulfate de quinine. Or, quarante-huit heures après l'opération, ce malade que je vous présente a cessé de souffrir : il ne ressent plus qu'une insignifiante sensation de chaleur sur la gencive. Cette observation démontre tout au moins le bien-fondé de la théorie vaso-motrice de la névralgie faciale, et l'intérêt de l'intervention qui en découle. J'ajoute que celle-ci, portant sur le cou et non sur la face, a l'avantage de ne laisser aucune cicatrice visible, qu'elle n'entraîne point à sa suite les anesthésies qui gênent tant le malade après les interventions sur le trijumeau, enfin qu'elle est absolument sans dangers et sans inconvénients, ainsi que me permettent de l'affirmer les quelque cinquante cas où je l'ai exécutée. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 mai 1900. — Présidence de M. Troisier.

Traitement de ta méningite suppurée.

M. Netter fait remarquer que toutes les fois qu'un médecin signale la guérison d'une méningite, on met en doute le diagnostic qu'il a porté et l'on dénomme méningisme l'ensemble des symptômes méningitiques qu'il a observés. Cependant, la méningite suppurée guérit. M. Netter peut en citer des exemples indiscutables, puisqu'il a obtenu du pus, en pratiquant la ponction lombaire. Depuis mai 1899, M. Netter a soigné et vu guérir six malades de ce genre. L'examen microscopique du liquide, retiré par la ponction lombaire, lui a permis d'y constater le diplococcus méningitidis intercellularis de Weichselbaum, qui n'est peut-être qu'une transformation du pneumocoque. Sur les six malades guéris, cinq le sont actuellement complètement, un presente des ankyloses articulaires consécutives à des arthrites infectieuses. Enfin, un autre malade en traitement, a présenté des accidents inflammatoires de la région labyrinthique de l'oreille. Le symptôme principal de

ces méningites était la raideur de la nuque. Les troubles moteurs de l'œil étaient fréquents, mais ils ont parfaitement disparu; enfin, des éruptions (pétéchies, herpès, érythèmes divers), se sont parfois manifestées. La guérison, le plus souvent, est survenue en quelques jours; cependant, dans deux cas, elle ne s'est confirmée qu'au bout de deux ou trois mois. Le traitement que M. Netter juge absolument efficace, consiste en bains chauds répétés et ponctions lombaires. Les bains doivent être donnés entre 38° et 40°, durée 20 minutes environ et être répétés toutes les trois ou quatre heures. Les ponctions lombaires doivent être renouvelées plusieurs fois au cours de la maladie. Si les forces générales faiblissent, M. Netter fait des injections de sérum artificiel. Il croit que si ce traitement n'est pas infaillible, il est fort efficace et les résultats favorables ne sont pas une exception.

Anévrisme de l'aorte ascendante ouvert dans la veine cave supérieure.

MM. Lenoir et Chauveau présentent des pièces anatomiques provenant d'une femme, atteinte jadis de phlébite, qui fut prise brusquement de dyspnée et d'angoisse avec œdème à la partie supérieure du corps (compassion de la veine cave supérieure). L'examen permit de constater un anévrisme de de l'aorte ascendante. Le début brusque de l'affection fit porter le diagnostic de perforation de l'anévrisme dans la veine cave supérieure. L'autopsie ne tarda pas à permettre la vérification absolue de ce diagnostic.

Un cas de rage.

M. Ménétrier a soigné dans son service une femme de 46 ans, ne paraissant pas nerveuse. Mordue au visage par un chien, elle fut seize jours après la morsure à l'Institut Pasteur où elle fut soignée durant vingt jours. Quelques jours après, elle fut prise de céphalalgie, puis d'anxiété, en de dysphagie et de spasmes douloureux des muscles du pharynx et du cou. Elle ne peut avaler sa salive et bave.

La respiration est spasmodique et assez fréquente. Rien au cœur. Albumine en quantité dans les urines. Constipation. Aucun trouble sensitif. Ni exagération des réflexes, aucune tendance aux contractions tétaniques. Température 39°. On parvint à lui faire prendre du lait. Un lavement de 4 grammes de chloral la calma un peu. Au milieu de la nuit, agitation avec hallucinations terrifiantes puis calme relatif. La malade mourut brusquement de syncope quelques heures après dans la matinée.

L'autopsie ne permit pas de constater microscopiquement aucune lésion apparente. La bulbe conservée et envoyée à l'Institut Pasteur servit à des inoculations qui démontrèrent bien l'origine rabique de la maladie. L'examen soigneux au microscope des centres nerveux ne permit de constater aucune lésion. Il faut noter que les ganglions nerveux ne furent pas examinés. Les autres organes ne présentaient pas de lésions notables. Les reins étaient congestionnés et offraient une légère néphrite desquamative. M. Ménétrier fait remarquer le nombre restreint de symptômes et de lésions dans ce cas de rage cependant avéré. M. Ménétrier, tout en reconnaissant la valeur de la vaccination antirabique, regrette qu'après la morsure on n'ait pas songé à cautériser la plaie.

Sur une forme chimique de l'hypersécrétion chlorydrique continue. (Syndrome de Reichmann.)

MM. Mathieu et Jean-Ch. Roux ont traité un jeune homme qui, un an auparavant, s'était surmené à la chasse et n'avait jamais pu se remettre de sa fatigue. La perte des forces augmentait, il maigrissait et, malgré cela mangeait beaucoup. M. Darier l'a examiné et a constaté une dilatation de l'estomac. Le régime sec l'a un peu amélioré mais momentanément.

M. Mathieu constate la dilatation gastrique, trouve 240 c.c. de liquide d'apparence salivaire, liquide acide dont l'acidité était dû à l'acide chlorhydrique. On se trouve en présence du syndrome de Reichmann, il faut noter néanmoins que le malade n'avait pas ressenti de douleurs d'estomac. Deux autres malades ont été observes atteints du meme syndrome. Soumis à un régime tres riche en substances azotées, ces malades n'éliminent que fort peu d'urée sans que pour cela leur poids augmente. Il faut donc admettre [illegible] digestion est dû très vraisemblablement [illegible] chlorydrique et à l'hyperacidité [illegible] empêche la digestion intestinale [illegible] paucréatique doit être annihilée [illegible] du bol alimentaire.

M. Mathieu qui avait obtenu dans [illegible] résultats par la belladone ou l'[illegible] façon prolongée, a traité ainsi [illegible] actuellement être en voie d'am[illegible] sévère n'avait donné aucun résultat.

M. Legendre demande si l'origine [illegible] pas dans le fonctionnement [illegible] qu'ayant de l'hyperchlorhydrie, ces [illegible] Le début de leur affection survient à la suite [illegible] et le traitement qui agit sur le système nerveux.

M. Mathieu tient à se borner [illegible] cliniques, il croit qu'à l'heure actuelle [illegible] syndrome sont trop limitées pour [illegible] nique. J. N.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 16 mai 1900. — Présidence de M. [illegible]

Traitement de la tuberculose rénale.

M. Albarran, à l'occasion de la récente [illegible] sur ce sujet, de M. Pousson, fait part à [illegible] rurgie, de sa pratique, qu'il suit depuis [illegible] près lui, et sur ce point tout le monde [illegible] d'accord, il faut intervenir dés que [illegible] ni l'état général, à moins que la [illegible] malade à la dernière période, ni l'état [illegible] indiquer l'intervention. Il est d'[illegible] l'accord n'est pas fait : Peut-on, avant [illegible] tomie, déterminer d'une faveur [illegible] l'autre rein? M. Albarran l'affirme, et [illegible] risme de l'uretère, pratique é[illegible] quent, applicable dans l'immense [illegible] ment inoffensives, à la condition [illegible] rigoureuse asepsie. Comment faut-il [illegible] tuberculeuses? ces derniéres, d'abord, [illegible] gique. Les traiter par une simple [illegible] ration palliative, insuffisante; la [illegible] enléve en même temps le rein [illegible] démontré à M. Albarran la sup[illegible] ment. Quant à l'uretère, M. Al[illegible] clusion, d'aprés ses observations que [illegible] présente trop de difficulté, il [illegible] dessus d'une ligature et le laisser.

Nouveau procédé de suture de la peau.

M. Michaux présente un nouveau [illegible] peau; au lieu de fils on emploie [illegible] dans une broche et que l'on [illegible] ment la peau, par deux p[illegible] mités de la plaie; on [illegible] l'application est extrêmement [illegible] plus grandes sutures; elle [illegible] mule une cicatrice à peine [illegible] inférieur appareil qui [illegible] ment et sans aide.

[illegible]

M. Bazy, revenant sur la [illegible] traitee par M. Quénu devant la [illegible] sant sur des expériences faites [illegible] l'asepsie est la condition *sine* [illegible] admettre aussi que la stér[illegible] rature est pratiquement p[illegible] idées de M. Quénu dans tout [illegible] d'urgence disparaitrait. L'as[illegible] difficile a obtenir qu'on le pense [illegible] laver les mains et nous pourrons [illegible] tation, pratiquer une opération aseptique.

M. Bazy présente à l'appui de sa doctrine, des expériences pratiquées sur des lapins. S'étant infecté les doigts avec différentes cultures microbiennes, il pratiqua sans se désinfecter les mains, une laparatomie sur des lapins; puis, après désinfection des mains comme pour une intervention sur l'homme, il fit une nouvelle laparatomie sur d'autres lapins. Or les lapins de la première catégorie sont morts, ceux de la deuxième catégorie vivent. C'est là, pour M. Bazy, une preuve mathématique, que la stérilisation des mains est possible.

SCHWARTZ.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 9 mai 1900.

Traitement de l'acidité urinaire par l'acide phosphorique.

M. CAUTRU étudie depuis deux ans chez tous les malades de sa clientèle l'acidité de l'urine prise à jeun, d'après le procédé nouveau de M. Joulie, décrit dans le *Bulletin général de thérapeutique* de mars et avril 1900. Grâce à cette méthode, il a pu se rendre compte que la plupart des malades dits arthritiques, sont atteints non pas, comme on l'a dit, d'hyperacidité, mais sont au contraire plus ou moins hypoacides. Il a remarqué aussi qu'un certain nombre d'autres états pathologiques, tels que la neurasthénie, la dyspepsie hyperchlorhydrique, la phase prémonitoire et la convalescence de maladies infectueuses, la tuberculose, le diabète, le cancer s'accompagnent le plus souvent d'hypoacidité urinaire. La plupart des hyperacidités urinaires sont dues à une fermentation acide de l'estomac, qui cesse après quelques jours de traitement. Le meilleur traitement de l'hypoacidité consiste dans l'emploi de l'acido phosporique à doses variables, mais qui peuvent être portées sans inconvénient à 5 grammes d'acide phosphorique officinal.

M. DALCHÉ observe en ce moment une malade atteinte de gastrite hypoacide, qui a été très améliorée par l'acide phosphorique.

M. Albert ROBIN pense que les heureux effets obtenus par la médication acide dans les cas de dyspepsie hyperchlorhydrique sont dus à une action d'inhilition exercée sur les glandes. La même médication peut agir utilement dans les cas d'anachlorhydrie, en favorisant la sécrétion de la pepsine et du ferment Cab.

Sur la thermalité des eaux minérales.

M. ROUJEAN pense que les eaux chaudes sont au point de vue géologique chimique et bactériologique les types les plus parfaits des eaux minérales. Embouteillées avec soin elles ne perdent que leur thermalité, mais elles conservent généralement leur intégrité à un degré supérieur aux eaux froides qui ne sont que leurs dérivés et qui, après avoir quitté le filon primitif, ont circulé dans le sol. A l'encontre des idées généralement admises, ces faits devraient engager à donner la préférence aux eaux qui émergent d'un bassin hydro-minéral avec une thermalité élevée.

P. RELLAY.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 12 mai 1900. — PRÉSIDENCE DE M. RICHELOT.

La séance est ouverte à 4 h. 15. Le procès-verbal de la dernière réunion est lu et adopté.

CORRESPONDANCE IMPRIMÉE. — Revues et journaux habituels. — *Traitement antiseptique de la phtisie,* par le Dr Couëtoux, de Blain (Seine-Inférieure). — Mémoires de la Société de Médecine de Paris, en 1817, envoyés par le Dr Hameau. — Bulletin de la Société médicale des bureaux de bienfaisance. — *La Jeunesse,* Revue de l'Association de la Jeunesse française tempérante. — Annuaire des Sociétés savantes en 1899 (ouvrage souscrit).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE. — 1° Lettre de M. Jullien, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance. — 2° Lettre du Dr Roché, posant sa candidature au titulariat (parrains : MM. Roubinovitch et Picqué).

M. RICHELOT fait une communication sur le **Traitement de la métrite cervicale par le caustique Filhos** (*sera publié*).

M. DUBUC espère que, grâce à la très intéresante communication de M. Richelot, on amputera ou on évidera moins souvent les cols utérins.

M. BESNIER demande à M. Richelot si ce traitement peut être appliqué à une malade astreinte à un métier pénible, sans qu'elle soit obligée de se reposer.

M. RICHELOT préfère que, le jour de la cautérisation au Filhos, la malade se repose.

Vote sur la candidature du Dr Henri Voisin. — Le Dr Henri Voisin est élu membre titulaire à l'unanimité.

La séance est levée à 5 h. 40.

Un des Secrétaires annuels,
Dr E. ALBERT-WEIL.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE, LARYNGOLOGIE ET RHINOLOGIE.

Séance du mercredi 16 mai 1900.

Nouveau procédé sûr et rapide pour pratiquer l'ouverture totale ou partielle des cavités de l'oreille moyenne.

M. SUAREZ DE MENDOZA (de Paris). — La trépanation mastoïdienne imaginée, d'abord, par Rioland, pratiquée pour la première fois par Petit, en 1850, vantée par Jasser, discréditée par Gruner et d'autres, réhabilitée par Schwartze, et modifiée par Kuster, von Berman, Zaufal, Stake, etc., etc., a été toujours pratiquée à l'aide de la gouge et du marteau, sauf des légères exceptions qui ont adopté l'emploi de la fraise que nous conseillons depuis quinze ans. Notre but n'est pas de revenir, aujourd'hui, sur les services que la fraise, bien maniée, peut rendre à l'opérateur. C'est sur les avantages qu'offre l'emploi de la scie tubulaire mue par le tour de White, ou par le moteur électrique, dans les diverses interventions mastoïdiennes, que je désire insister aujourd'hui. C'est en me servant de la fraise pour agrandir, préparer et nettoyer les cavités mises à nu par la gouge, que je fus amené à me servir de la scie circulaire pour obtenir des sections nettes, rapides et précises dans la masse osseuse. Tous les opérateurs savent à quel point est délicat le temps opératoire qui a pour but de mettre largement en communication l'antre avec l'attique, en faisant sauter la paroi externe de l'additus ad antrum. La crainte de blesser le facial, d'ouvrir la fosse cérébrale, de faire une échappée vers le labyrinthe, etc., etc., font que l'opérateur procède par des petits coups craintifs qui prolongent démesurément l'opération. La même chose arrive lorsqu'il s'agit de faire sauter la paroi externe de l'attique. En employant l'instrument que j'ai l'honneur de vous présenter, et que j'appellerait pour le moment *protecteur-trépan*, on fait, avec sûreté et célérité l'ablation de la paroi externe de l'additus ad antrum et de l'attique. Et de même, le protecteur-trépan permet de supprimer avec célérité et sûreté tous les culs-de-sac limités par la corticale externe qui se produisent au cours de l'opération de l'évidement total de l'apophyse mastoïde, ainsi que d'agrandir la brèche cranienne lorsque, à la recherches des complications cérébrales, la trépanation devra porter sur le crâne. Il va de soi que je ne prétends pas substituer systématiquement l'emploi de la scie et de la fraise, à celui de la gouge et du maillet. Loin de là. Ce que je tiens à faire constater, c'est qu'en associant dans la chirurgie de l'oreille, ainsi que dans celle du nez et du sinus, ces divers instruments, gouge, fraise et protecteur-trépan, on diminue de beaucoup la durée de l'opération tout en la rendant plus facile, plus précise et plus sûre.

Tumeurs du voile du palais.

Au sujet de la communication de M. NOQUET (de Lille). M. SUAREZ DE MENDOZA (de Paris), dit : J'ai eu deux fois l'occasion d'opérer des tumeurs du voile du palais chez le nourrisson. L'une des tumeurs était pédiculée à côté de la luette, l'autre se confondait presque avec elle. La première fut opérée par la section, avec ligature préalable. L'enfant eut, au deuxième jour une hémorragie qui m'obligea à faire une cautérisation ignée. Le deuxième cas je l'ai opéré à l'anse chaude, et tout s'est passé sans encombre. La réaction fut si

minime que l'allaitement maternel fut continué comme d'habitude. Je crois, vu les ennuis qu'une hémorragie du voile chez les nourrissons peut occasionner, que, par excès de précaution, il faudra toujours recourir à l'anse chaude, à moins de faire la ligature des vaisseaux nourriciers qui, dans ces tumeurs, sont souvent très développés.

MM. Castex et Molinier font une communication sur l'*hydrorrhée nasale.*

M. Suarez de Mendoza (de Paris), prend part à la discussion. Je crois, Messieurs, que l'hydrorrhée nasale ne peut pas encore être considérée comme une affection idiopathique, toujours identique à elle-même. C'est plutôt un symptôme qui peut reconnaître pour cause une affection des sinus ou de la muqueuse nasale, une fissure laissant échapper du liquide céphalo-rachidien, un trouble sécrétoire dépendant d'une affection nerveuse, neurasthénie, hystérie, trouble réflexe. J'ai eu occasion de voir un cas d'hydrorrhée nasale ayant lieu le matin, et, en examinant le malade au saut du lit, on pouvait constater nettement l'écoulement du liquide transparent au méat moyen. Par contre, chez une femme très impressionnable, sans être cependant une hystérique, l'hydrorrhée apparaissait, tantôt le matin, tantôt le soir, et jamais il ne fut possible de constater autre chose que l'humidité et le gonflement de toute la surface des cornets. Inutile de dire que la sinuscopie n'avait rien révélé d'anormal dans les deux cas.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

Rédacteur spécial : M. le Dr P. Keraval.

I. — Grundriss der Psychiatrie; par Th. Kirchhoff. (Leipzig, in-8, 1899, F. Deuticke, éditeur).

I. — C'est un gros manuel de médecine mentale, à l'usage des étudiants et des praticiens. L'auteur a voulu faire simple et clair. Le volume comprend une partie générale et une partie spéciale.

A. La *partie générale* est un estimable résumé de ce qu'on sait sur le siège possible des maladies mentales, leurs causes, leur évolution, leur traitement. Nous appellerons surtout l'attention sur le chapitre des signes et manifestations des troubles mentaux, sur l'examen propre à faire reconnaître les troubles psychiques et leurs lignes de démarcation, ainsi que sur l'appendice, dans lequel M. Kirchhoff trace les règles aptes à l'établissement des rapports médico-légaux et des certificats, dont il présente des modèles. En tout 172 pages.

B. *Partie spéciale.* — La classification de M. Kirchhoff en montrera l'esprit :

I. Troubles psychiques simples, par tension de certaines parties du cerveau : *a*) Mélancolie ; *b*) manie ; *c*) folie périodique, mélancolie périodique, manie périodique, folie circulaire ; *d*) folie systématisée. Paranoïa : 1. Wahnsinn, 2. Verrücktheit, délire des persécutions avec hallucinations, délire des grandeurs. Verrücktheit sans hallucinations, persécutés-persécuteurs, hypochondrie ; 3. Confusion mentale ; *e*) folie hallucinatoire ; *f*) catatonie.

II. Troubles psychiques avec lésions du cerveau : *a*) Démence : 1. Secondaire ; 2. juvénile ; 3. sénile ; *b*) démence paralytique ; *c*) démence avec paralysie, syphilis cérébrale, affections cérébrales en foyers, sclérose cérébrale diffuse ; *d*) imbécillité ; *e*) idiotie.

III. Troubles psychiques dans quelques affections générales du système nerveux et dans les intoxications : *a*) Avec épilepsie ; *b*) avec hystérie ; *c*) avec neurasthénie ; *d*) dans les intoxications aiguës ou chroniques.

IV. Appendice. Formules.

Un mot sur la paranoïa. Il y a paranoïa, quand il existe des conceptions délirantes systématiquement élaborées, soudées d'après un plan déterminé. Le *wahnsinn* est constitué par une association de conceptions délirantes et d'hallucinations sensorielles rapidement élaborées en un tout cohérent et en rapport avec de fortes impressions affectives. Il en existe une forme dépressive : la personnalité du malade est menacée ; il s'en afflige, il est inquiet : la systématisation n'est pas aussi fine que dans la *verrücktheit,* néanmoins le patient croit qu'il a à combattre des attaques dirigées contre sa personne, et il réagit contre la dépression. Il en existe une forme avec excitation : c'est surtout le cas des idées délirantes religieuses qui s'organisent. La *verrücktheit* est un délire systématisé progressif soigneusement organisé et réfléchi, sans grande influence sur la sensibilité morale.

La nature de la langue et la disposition typographique ont permis à l'auteur de dresser le bilan de toutes les psychoses connues, et de l'intercaler dans ce dispositif de sa classification.

II. — Leitfaden der physiologischen Psychologie; par Th. Ziehen. 4e édition. (Iena, in-8, 1898, G. Fischer, éditeur).

II. — L'utilité de la psychologie physiologique est évidente, mais il est tout aussi certain qu'elle est parfois aride et compliquée. La vulgariser en la rendant claire, tel a été le but de M. Ziehen dans ses leçons : il y est arrivé. Cette 4e édition, en partie remaniée, est, à notre avis, encore plus nette. Rappelons que, d'après l'auteur de ces 15 leçons, tous les phénomènes psychiques peuvent s'expliquer sans la théorie de l'aperception de Wundt : le jeu des associations suffit. Exemple : « Les innombrables agents d'excitation matérielle font vibrer l'écorce du cerveau : sensations. Ces vibrations corticales suivent les fibres d'association jusque dans la région motrice, qui les réfléchit sur le système musculaire : contractions musculaires. A ce mécanisme transcortical correspond le jeu de l'association des idées : le mouvement consécutif s'appelle un acte. Or, l'acte dérive de la sensation et des images commémoratives des sensations antérieures ou conceptions, d'après les lois de l'association des idées. Il n'y a pas de motif d'admettre une faculté spéciale s'intercalant entre le phénomène de l'association des idées et l'acte, et déterminant, décidant l'acte : la volonté, en tant que faculté mentale, n'existe pas. Ce n'est qu'un mot, inventé par abstraction. Qu'exprime psychiquement la proposition : je veux aller? Simplement ceci. L'idée de mouvement de ma marche se présente à mon esprit sous la forme d'une image très intense, et elle s'accompagne d'une nuance sentimentale positive accentuée : en même temps, l'idée brille de telle sorte que toutes les idées qui poussent à l'idée motrice de la marche l'emportent sur celles qui l'arrêtent. »

III. — L'instinct sexuel. Evolution et dissolution; par Ch. Féré. (Paris, in-12, 1899, F. Alcan, éditeur.)

III. — Ce livre a pour but, comme nous l'apprend l'auteur dans son avant-propos, de mettre en lumière la nécessité du contrôle et de la responsabilité de l'activité sexuelle, tant au point de vue de l'hygiène qu'au point de vue de la morale. On peut le considérer comme composé de trois parties. La première serait représentée par le *premier chapitre* : généralités, évolution. L'instinct sexuel, dit M. Féré, n'est qu'un réflexe complexe mis en jeu par des excitants extérieurs qui éveillent une potentialité héréditaire. Il est secondaire, tardif, à évolution progressive, dans la série animale et chez les individus. D'abord uniquement concentré dans l'acte de la conjugaison, il se complique peu à peu : 1° d'instincts relatifs à la poursuite et à l'attraction sexuelle ; 2° puis d'instincts relatifs à l'union permanente et à la protection des jeunes. Après une étude très complète des phénomènes physiologiques et psychologiques qui président à l'instinct et à son perfectionnement, M. Féré proclame que la sympathie parentale est la base de toutes les autres formes de sympathie et de tout sentiment moral, que c'est l'amour réciproque qui établit la morale et l'hygiène de la vie sexuelle, que la nécessité de l'obéissance immédiate à l'instinct sexuel ne s'impose qu'aux animaux soumis au rut périodique, mais non à l'homme, auquel l'évolution a donné le choix du temps, les animaux étant d'ailleurs eux-mêmes souvent indépendants des impulsions sexuelles, et que la continence est inoffensive. « L'évolution de l'instinct sexuel aboutit à la chasteté, ou disposition naturelle à éviter des abus et des plaisirs illicites, et ceux qui l'ont observée sont les meilleurs époux et les meilleurs parents. L'éducation a précisément pour but la discipline des instincts, ce qui n'a que des avantages pour l'homme comme pour la femme. » Les

défauts de la chasteté entraînent : adultère, enfants illégitimes, dégradation de la mère, propagation des maladies infectieuses. Il y a, par contre, une connexion remarquable entre les conséquences physiques et morales des abus sexuels et la nécessité de la dissimulation et du mensonge, le défaut de compassion et de sentiments altruistes, qui dominent l'étiologie de la criminalité.

La seconde partie du volume comprend en réalité les chapitres II à XII dans lesquels sont examinés : la dissolution de l'instinct sexuel, les perversions sexuelles chez les animaux, les anomalies de l'amour parental chez l'homme, les anomalies de l'instinct sexuel chez l'homme. les paresthésies sensorielles et psychiques, l'inversion sexuelle, les perversions sexuelles et les anomalies génitales ou sexuelles, avec leurs caractères, leurs causes, leurs conséquences directes et héréditaires, le tout appuyé d'observations nombreuses. C'est ainsi que l'auteur prouve que, pour que l'individu puisse continuer à vivre et à se reproduire, il faut, comme l'a démontré l'évolution, que les instincts individualistes cèdent peu à peu aux instincts sociaux, la sympathie sociale ayant sa source dans la sympathie conjugale et familiale qui, elle-même, trouve son appui dans la sympathie parentale et l'amour des enfants. L'adaptation est fondé sur l'équilibre qui s'établit entre ces diverses sympathies. Il faut que l'individu reste en harmonie avec le milieu : tout excès, toute insuffisance détermine une incompatibilité. C'est la loi biologique. Rien n'est plus intéressant que de la suivre pas à pas dans le texte.

Le chapitre XIII est en quelque sorte le résultat des données précédentes : il traite de l'*éducation et de l'hygiène sexuelles*. Nous voudrions pouvoir le copier *in extenso* ici. Discipliner les réflexes de l'*enfant*, l'accoutumer à obéir ; surveiller son milieu ; ne pas le perdre de vue ; le prémunir avec prudence par des avertissements relatifs à la fonction sexuelle ; contrôler ses instincs, au moment de la puberté ; prévenir et combattre l'onanisme ; enseigner l'abstinence et la chasteté ; développer l'amour de l'activité, de la vérité, voilà ce qu'il convient de faire. Il va de soi que l'exercice extramatrimonial des fonctions sexuelles est un délit car c'est un danger à la fois individuel et social, puisqu'il favorise la prostitution, la promiscuité, l'illégitimité, avec toutes leurs conséquences. Les exercices physiques et les moyens thérapeutiques propres aux diverses anomalies interviennent utilement.

Est-ce tout ? Nullement. Il est encore un point à envisager. *Les anormaux sexuels sont-ils responsables* ? Les perversions sexuelles étant négatives du sexe, aussi bien dans ses moyens que dans son but, elles sont nuisibles, dangereuses et immorales : elles ne sont pas tolérables. Le rôle du médecin n'est pas d'excuser le criminel, mais bien d'utiliser le temps de sa peine à le traiter. quand il est guérissable, et de préconiser les mesures d'hygiène propres à restreindre les conditions héréditaires ou accidentelles favorables au développement des anomalies psychiques « L'amour, conclut M. Féré, reste le plus grand remède à tous nos maux, et il est, comme le dit Michelet, une puissance nullement indisciplinable. »

IV. — Die Kolonisirung der Geisteskranken : par A. Pætz. Berlin, in-8, 1899, J. Springer, édit. (1).

IV. — On a beaucoup parlé et écrit sur le livre et l'œuvre de M. A. Pætz ; mais je crois qu'on n'a pas encore appelé suffisamment l'attention sur ce travail ; je crois surtout qu'on n'a pas assez visité l'établissement dans lequel sont réalisés les perfectionnements donnés dans ce livre. Tous les articles parus sur le traitement des aliénés par le repos au lit, sur les asiles à portes ouvertes, sur les colonies d'aliénés etc., se sont, consciemment ou inconsciemment, inspirés de ses efforts, et de la réalisation qu'il en a effectuée à Alt-Scherbitz. Mais ils nous paraissent avoir négligé le véritable point de vue auquel il importe de se placer suivant nous pour l'application judicieuse de ces divers modes de traitement, préconisés comme des panacées. M. Pætz fait une étude éclectique de tous les systèmes médico-administratifs, et il applique chacun d'eux, suivant tel ou tel cas, telle ou telle indication médicale, à tels ou tels aliénés. Alt-Scherbitz est en quelque sorte la trousse de tous les instruments du nouvel arsenal perfectionné de l'hospitalisation des aliénés. Et c'est l'établissement type de l'*individualisation thérapeutique*.

Voici d'ailleurs comment a procédé le médecin allemand. Il s'est au préalable enquis de ce qui s'était fait ou se faisait dans la voie qu'il voulait suivre. Il a pu ainsi se rendre compte du développement de l'assistance des aliénés et des asiles d'aliénés (chapitre premier) ; dans le chapitre II, il traite de la colonisation des aliénés ; il y examine en détail : *a*) la colonie agricole ; *b* l'asile d'aliénés colonial ; c) l'assistance des aliénés par les familles de nourriciers. Les conditions à remplir, en chacune de ces assistances-là, leurs avantages et leurs inconvénients, leur mode de développement, dans l'histoire, leurs lacunes, sont tour à tour analysés. On a essayé à Alt-Scherbitz de faire mieux ?

Qu'est-ce donc qu'Alt-Scherbitz.

Nous allons l'apprendre dans le troisième chapitre.

Alt-Scherbitz, qui, dans le principe, devait être un petit asile, embrasse actuellement une étendue de terrain de 300 hectares. Il est destiné à l'hospitalisation et à l'*entraînement thérapeutique* d'aliénés aigus ou chroniques. indigents ou pensionnaires, à l'exclusion des criminels aliénés. On s'y propose d'associer les avantages des asiles fermés à ceux des colonies, sur un vaste domaine, en pratiquant le plus possible le système de la porte ouverte. Les pavillons, petits et coquets, plus ou moins distants les uns des autres, sont simplement entourés de leurs jardins respectifs, que circonscrivent, soit des palissades élégantes dissimulées par le feuillage, soit des haies. La surveillance et l'installation d'appareils de clôture mécaniques cachés, remplacent les murs, galeries, corridors, conformément aux principes formulés dans le chapitre précédent. Le traitement au lit et la contiguïté de salles de jour et de dortoirs divisés, pour la surveillance continue, l'occlusion par des doubles fenêtres ou des jalousies spéciales, avec systèmes de renforts, à clefs, et, au besoin, l'usage de petits carreaux en verre fort épais, l'emploi parcimonieux d'un premier étage disposé différemment suivant les pavillons, les soins apportés à la décoration des salles, l'affectation à chaque malade du dispositif nécessaire, la multiplication des vestiaires, lavabos, offices, pièces de débarras et de nettoyage, chambres de bains, lieux d'aisance désinfectés, le chauffage et l'aération spéciaux à chaque pavillon, tels sont les principaux traits de l'asile, dont nous allons passer en revue, aussi brièvement que possible, la structure.

On y distingue : *a*) l'asile central ; *b*) la colonie avec la ferme ; c) l'hospice d'infirmes-aliénés.

A. *L'asile central*, installé au-dessus de la route, qui va de Halle à Leipzig, est orienté du sud au nord, de façon que tous les pavillons aient vue sur le parc, sur la ferme, au loin, sur le fonds boisé de la vallée de l'Elster. On y pratique et gradue une surveillance attentive, tempérée par le plus de liberté possible, le non-restreint parfait. Les chambres d'isolement, pourtant nécessaires, sont installées dans le même esprit.

De chaque côté d'un axe central, occupé par le bâtiment d'administration, l'infirmerie ou lazareth, la salle d'autopsie ; l'asile se développe en une moitié affectée aux hommes, une moitié réservée aux femmes. Ce sont des quartiers symétriques, au nombre de cinq.

a) *Les malades sociables* sont installés dans deux pavillons, de *surveillance continue*, l'un pour indigents, l'autre pour pensionnaires. Le premier se compose : au rez-de-chaussée, d'une grande salle de jour communiquant, à droite et à gauche avec une petite salle ; ces trois salles sont à la fois séparées et réunies par des battants de portes vitrées. De la grande salle, on accède à deux *dortoirs* parallèles entre eux, qui communiquent entre eux et avec la grande salle par des portes vitrées. Ainsi peut s'opérer la surveillance et la séparation des malades. Il existe encore deux petites chambres d'isolément, des lieux d'aisance, des chambres de bains, des lavabos.

Le premier étage de cette villa n'a été édifié que sur une aile latérale ; on y trouve simplement des vestiaires et des lavabos. Mais il y habite une surveillante ou un surveillant en chef.

Les fenêtres ferment à clé : les carreaux ont 45 centimètres sur 60. La vraie mesure de sûreté, c'est le personnel de choix. On tient généralement les malades à la maison et on occupe

ceux qui ne sont pas au lit, par de petits travaux manuels, la lecture, des jeux, y compris le billard. Quatre infirmiers sont continuellement de service, mais alternativement occupés à des besognes différentes. Même alternance pour la veillée de nuit; ceux qui ne veillent pas, dorment, soit au dortoir, soit dans une pièce séparée, réservée au premier étage (v. p. 82). Ce pavillon est organisé pour 22 femmes ou pour 26 hommes, avec les infirmiers ou les infirmières.

Le pavillon des pensionnaires, à peu près semblable, est doté d'un systéme de jalousies à barreaux sur poulie, avec organes de fixation particuliers (Bayer et Leibfried, à Esslingen). Le dortoir de surveillance est au rez-de-chaussée : en haut, couche le personnel, avec les malades qui ne sont pas continuellement alités ou spécialement surveillés; en haut aussi habite la seconde infirmière en chef, côté des femmes, ou le premier assistant, côté des hommes : 4 gardiens ou gardiennes.

b) Les malades *insociables*, *gâteux*, *dangereux*, *agités*, sont soignés, à la partie postérieure de l'asile, dans deux pavillons fermés.

Le pavillon des malades *tranquilles, propres*, mais cherchant à s'évader et *sujets à caution* est muni : au rez-de-chaussée, des pièces de jour et de la salle de surveillance continue, déjà décrites, mais cette dernière peut être séparée tout à fait, au besoin, des salles de jour et du reste du quartier; elle mène, par un petit corridor, à 3 chambres d'isolement type. On peut y placer 13 malades et 2 infirmiers. Les chambres d'isolement sont des chambres confortables, éclairées et chauffées séparément (vapeur à basse pression), sans lieux d'aisance : les fenêtres se composent d'un cadre en fer, enchâssant de petits carreaux, le 23 centim. sur 30, en verre fort épais, clair et transparent, qui ferme au moyen d'une clef qu'on ne peut retirer de la serrure qu'après la bascule du verrou. Système de jalousies à baguettes, sur poulie formant clôture.

Ce pavillon, en plus de la salle de surveillance, contient : 41 hommes et 4 infirmiers, 38 femmes et 3 infirmières.

Le pavillon des *agités et insociables francs* est le seul où il y ait, avec des fenêtres clôturées et fermées, une palissade en bois périphérique de grande taille. Au rez-de-chaussée, salles de jour : au-dessus, des dortoirs. Aux chambres de débarras du rez-de-chaussée, correspondent, au premier étage, lavabos et vestiaires : les chambres d'isolement, au nombre de cinq, n'ont au-dessus d'elles que des greniers. Population : 36 femmes et 4 infirmières, 39 hommes et 5 infirmiers.

c) Nous arrivons aux *quartiers dits d'observation*, pour malades n'ayant besoin ni de la surveillance continue, ni de quartiers fermés, qu'on examine *avant de savoir si on peut les placer à la colonie*. Ici, la porte reste ouverte, ou plutôt à demi fermée. Pas de chambres d'isolement, pas de fenêtres à clef ; rien que des salles de jour, grandes et petites, mais visibles de partout. Dortoirs grands et petits, propres à la même individualisation. La liberté est judicieusement dosée. Population : 37 malades, 3 infirmiers ou infirmières.

L'infirmerie ou lazaret destinée à aliter les aliénés atteints de maladies matérielles, occupe le centre de l'asile, de l'axe central de l'asile. C'est un bâtiment unique. Chaque moitié est disposée pour chaque sexe ; elle se compose d'une grande salle de malades, de deux petites chambres d'isolement, dont une pour moribonds, avec issue à part, d'une salle de jour pour convalescents, d'une chambre de bains avec lavabos, laverie, lieux d'aisance. 18 malades, 2 infirmiers.

Le milieu seul de ce bâtiment est surélevé : là est le vestibule, avec un corridor, le vestiaire ; là sont les lavabos de l'infirmerie, la *pharmacie*.

Du bâtiment d'administration, où habite le premier médecin, des ateliers, de la salle d'autopsie, de l'obitoire, du réservoir sur château d'eau, nous n'avons pas la place de parler. Nous renvoyons aux figures et aux plans. Résumons la colonie.

B. *La colonie*, située de l'autre côté de la route de Halle à Leipzig, au sud de cette route, domine la vallée de l'Elster. C'est la ferme qui la scinde en deux sections : celle des femmes et celle des hommes. Là s'effectue le traitement en liberté. Les portes des quartiers sont ouvertes au réveil, fermées à la brume. Les fenêtres ne sont closes qu'aux étages supérieurs. Les villas sont libres en des parcs ouverts; les malades ne voient même pas l'asile central.

a) *Colonie des femmes*. — Séparée de la ferme par les édifices où sont occupées les femmes (cuisine, buanderie, laiterie), elle comprend la cuisine, qui distribue les aliments à tout l'établissement, au moyen de voitures de transport originales, la buanderie, qui contient un petit quartier de 9 malades, avec une infirmière, celles affectées aux services généraux en question, et 6 édifices.

5 villas, 3 pour indigentes, 2 pour pensionnaires, donnent asile à 129 malades et 11 infirmières. Dans l'un de ces pavillons, habite un médecin-stagiaire. Un ancien bâtiment économique de la ferme loge les 11 femmes occupées à la laiterie, à la vacherie, à la volaille, c'est là qu'existe l'infirmerie.

Entre ce quartier-là et un autre bâtiment économique, à l'extrémité de la ferme, est l'habitation du directeur-médecin.

b) *Colonie des hommes*. — Les constructions où sont occupés les hommes (écuries, remises, greniers), logent 14 hommes et 2 gardiens. La proximité des hommes et des femmes de ce côté exige une surveillance active. Plus à l'est, est le village d'Alt-Scherbitz, qui descend vers l'Elster. Il se réduit à 23 maisons, dont un gros moulin. L'asile en a acheté 10 qu'on a restaurées ; elles sont habitées par des employés ou des serviteurs, par 3 gardiens, et 66 malades sûrs, qui vont manger et travailler à la colonie. Il est entouré des dépendances, ateliers, édifices de l'établissement. Au delà du village, vers l'est, un plateau, avec un parc. Là ont été édifiées 7 villas, à peu près identiques à celles des femmes, hébergeant 180 hommes, de toutes classes, avec 17 gardiens.

C. *L'hôpital des infirmes-aliénés* ou fondation Guillaume-Augusta, a son siége à l'est de l'asile central, tout en étant administré et dirigé par le directeur-médecin, il reçoit les incurables, inoffensifs des autres asiles allemands, exclusivement. C'est un lot de 80 malades, hommes et femmes, en deux pavillons, en quelque sorte indépendant de l'établissement.

Quelques mots sur le service intérieur. Le directeur-médecin est le chef suprême du service médical et du service administratif; il a sous ses ordres 5 médecins, dont un porte le titre de médecin en chef, mais la discipline et la division du travail sont, tout entières, comme dans un régiment, entre ses mains. Il en est de même de l'administration.

Une pension de retraite existe pour les fonctionnaires, la plupart des employés, et pour les infirmiers ou infirmières qui ont effectué plusieurs années de bons services.

Le traitement des infirmiers commissionnés va de 543 à 753 marks (941 fr.) par an; celui des infirmières, de 396 à 486 marks (607 fr.).

Le budget annuel est de 521.630 marks (6?2.037 fr.). La dépense moyenne des indigents est établie à 1 fr. 92 par jour. Le chiffre de population totale étant de 960 malades, les dépenses d'achats de terrains, d'immeubles, de constructions, d'installation en cours ou prévue, étant estimées à 2.721.800 m. le lit revient à 2.835 mark (3.543 fr.). Les résultats thérapeutiques sont évalués à 25 0/0 de curabilité : les malades guéris représenteraient plus du tiers de ceux qu'on fait sortir. La mortalité ne dépasserait pas 7,1 0/0.

Voilà pourquoi, dans la presse on réclame assez généralement le régime de la liberté des aliénés et le traitement par le repos au lit. M. Pætz explique comment un personnel nombreux, bien surveillé et bien stylé lui permet de satisfaire aux indications somatiques et mentales de chaque individu : il n'a presque plus de gâtisme, grâce aux irrigations intestinales prophylactiques, il n'a plus besoin de moyens de contrainte, très rarement il recourt à la sonde œsophagienne. Sa proportion de travailleurs est énorme; il n'y aurait que 1 77 0/0 des malades qui refusent obstinément de travailler, 3 0/0 qui ne le puissent physiquement, 24 0/0 qui ne le puissent psychiquement.

Dans les conditions précédemment étudiées, c'est-à-dire sous l'autorité d'un seul chef absolu, et en faisant loger dans les quartiers des médecins dévoués, cela sera peut-être possible chez nous.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — M. T[illegible], [illegible] [illegible]lla, médecin de 2e classe à bord du *D*[illegible] a été [illegible] au grade de médecin de 1re classe, en remplacement de M. le Dr Le[illegible], décédé. M. Pelofi, médecin stagiaire des colonies a été nommé au grade de médecin de 2e classe dans le corps de santé des colonies.

BIBLIOGRAPHIE

Chirurgie d'urgence; par le Dr Sorel (du Havre). (Extrait de la *Normandie médicale*, 1898.)

M. le Dr Sorel rapporte dans ce travail un certain nombre d'observations d'appendicite, de hernie étranglée et d'étranglement interne, dans lesquelles l'intervention chirurgicale est restée impuissante à sauver les malades de la mort, faute d'avoir été réclamée ou acceptée assez tôt. Il a cru utile de publier bravement ces faits malheureux de sa pratique personnelle, pour affirmer et faire passer dans l'esprit des médecins sa conviction de la nécessité absolue de l'intervention précoce dans les cas dont il s'agit, et ses observations sont à cet égard tristement démonstratives. Il termine en mettant en relief les inconvénients de la temporisation : opération tardive, dans des conditions désastreuses qui ne lui laissent plus guère de chances de succès ; fausse situation du chirurgien, qui se trouve avoir à endosser entière la responsabilité d'une pareille intervention ; parce qu'il ne peut pas décemment déclarer que le médecin l'a appelé trop tard ; enfin, discrédit jeté, dans le public, sur la valeur des opérations, par des insuccès imputables non à ces opérations elles-mêmes, mais, avant tout, au retard que l'on a mis à y recourir. Et il conclut en conseillant aux médecins, quand ils se trouveront en face d'une hernie étranglée, d'une appendicite, d'une obstruction intestinale, etc., d'appeler sans retard un chirurgien, qui pourra alors décider l'opération en temps opportun, et devenir légitimement responsable de ses suites.

Tableaux synoptiques de symptomatologie clinique et thérapeutique; par le Dr M. Gautier. (J. B. Baillière, édit.)

Cet ouvrage est le complément des tableaux synoptiques de diagnostic et des tableaux synoptiques de thérapeutique publiés antérieurement par l'auteur. Les articles qui le composent, méthodiquement rangés dans l'ordre que nous indiquerons plus loin, sont consacrés chacun à un symptôme en particulier. Ce symptôme est d'abord sommairement défini, décrit, envisagé au point de vue pathogénique, et, s'il y a lieu, au point de vue des indications thérapeutiques générales qu'il comporte par lui-même, indépendamment de l'affection qui lui a donné naissance ; puis, il est repris de plus près, cette fois en le rapportant aux affections causales, avec de nouvelles données cliniques au besoin pour préciser chaque variété, et l'auteur résume alors les moyens d'hygiène et de thérapeutique applicables à chacune d'elles, en les classant d'après les indications auxquelles ils répondent. Suivant les cas, et toujours avec un sens judicieux du renseignement utile qu'appréciera le plus le praticien, il donne, en sus des grandes lignes directrices du traitement, ici des rappels de doses de tel ou tel médicament ou des conseils sur les précautions à prendre quand on y a recours, là des formules bien choisies, ailleurs des détails sur la manière de conduire ce traitement pendant les diverses phases de la maladie envisagée. — L'ouvrage est divisé en chapitres ou parties, consacrés respectivement aux symptômes généraux, cutanés, circulatoires, respiratoires, digestifs, hépatiques, spléniques, urinaires, nerveux, et enfin génitaux chez l'homme et génitaux chez la femme. — Une table alphabétique très étendue permet au lecteur de trouver promptement, au milieu de ces chapitres, le point de symptomatologie et de thérapeutique qui le préoccupe et sur lequel il désire se renseigner.

Mettre sur pied un ouvrage semblable est un véritable travail de bénédictin et une besogne ingrate, dont le résultat utilitaire ne répond pas toujours exactement à l'effort de l'auteur ; mais tel n'est pas le cas ici, et il faut féliciter hautement notre confrère et collègue le Dr Gautier, et de la compétence avec laquelle il a mené à bien cette rude tâche, et de la réelle valeur qu'il a su donner à son livre. L'étudiant et le praticien trouveront l'un et l'autre un réel profit à le consulter, le premier pour classer, coordonner et compléter ce qu'il aura appris par ses lectures, dans les cours de ses maîtres, à l'hôpital, le second pour se remémorer rapidement une question devenue lointaine dans ses souvenirs, ou restée, par un hasard à peu près inévitable, plus ou moins en dehors de ses études antérieures. Ch.-H. Petit-Vendol.

CONGRÈS INTERNATIONAUX

Premier Congrès international de médecine professionnelle et de déontologie médicale.

Le comité du Congrès international de médecine professionnelle et de déontologie médicale, a l'honneur d'informer le corps médical que la lettre d'invitation au Congrès, grâce à laquelle chaque congressiste pourra obtenir sur les chemins de fer français une remise de 50 0/0, est adressée en ce moment à tous les adhérents.

Le comité rappelle que cette réduction ne peut être accordée qu'aux adhérents qui auront versé leur cotisation avant le *20 juin* 1900.

Ce n'est qu'à partir du 15 juillet que le trésorier pourra mettre à la disposition des adhérents la carte de membre du Congrès, qui donne droit à l'entrée, non seulement aux séances du Congrès, *mais encore à l'Exposition universelle pendant toute la session.*

C'est également à cette époque que pourront être remis les rapports imprimés auxquels ont droit les membres titulaires, ainsi que le programme officiel du Congrès.

La carte de membre, le programme et les rapports imprimés pourront être retirés aux bureaux du Congrès, 120, boulevard Saint-Germain du 15 au 23 juillet; toutefois, le trésorier pourra faire parvenir par la poste ces diverses pièces à cette même époque, à la condition que l'on veuille bien lui faire savoir d'ici là à quelle adresse elles devront être envoyées.

VARIA

Société pour la propagation de l'incinération.

Samedi, 12 mai, a eu lieu à l'Hôtel des Sociétés Savantes, l'Assemblée générale annuelle de la *Société pour la propagation de l'incinération*, sous la présidence de M. Bourneville, assisté de MM. Salomon, secrétaire-général et Bruhl. M. Salomon dans un discours très documenté rend compte de l'état de l'incinération en France et à l'étranger. A Rouen, l'appareil crématoire a rendu d'inappréciables services au point de vue sanitaire. La municipalité y a fait détruire nombre de cadavres que la terre d'un cimetière n'avait pu décomposer. Elle y incinérera également les corps non réclamés des hôpitaux. Malgré l'impulsion donnée par la municipalité, 5 incinérations seulement ont été demandées par les familles. A Reims, le crématoire construit, grâce au legs d'un généreux citoyen, est sur le point d'être achevé. A Bordeaux, sur une demande de crédit de 100.000 francs pour la construction d'un crématoire, le Conseil municipal a voté par 20 voix contre 10 l'adoption de l'incinération. A Nice, sur l'initiative d'un des membres de la Société, M. Bonnaud, la municipalité a réservé dans un des cimetières de la ville l'emplacement destiné à un monument crématoire. A Lyon, le Conseil municipal a voté 44.000 francs pour la construction, à titre expérimental, d'un premier appareil.

M. Salomon donne ensuite, comme il le fait tous les ans, les renseignements relatifs aux progrès faits par la crémation à l'étranger.

En Angleterre, sir Henri Thompson vient de publier une nouvelle édition de son livre sur la *Crémation moderne*. Il nous y fait connaître au complet l'œuvre de la *Société de crémation* d'Angleterre depuis sa fondation, c'est-à-dire depuis 25 ans, et rappelle l'ensemble des raisons pour lesquelles il convient de substituer la crémation à l'inhumation. A Woking, le nombre des incinérations s'est élevé jusqu'en 1899 à 1523 depuis l'ouverture. A Manchester, en 1899, les incinérations ont été au nombre de 12; —Glasgow 16 ; — Liverpool, 23; — 240 à Woking, soit pour cette année, un total de 367 incinérations en Angleterre. Des membres éminents de l'aristocratie anglaise, tels que le duc de Westminster, les marquis de Queensbury et de Winchester se sont fait incinérer. A Hull, le monument élevé par la municipalité sera inauguré sous peu. A Birmingham, une Société par actions, au

capital de 250 000 francs a été constituée dans des conditions qui font prévoir sa réussite.

En Allemagne, le monument d'Offenbach, près Francfort, construit depuis 5 ans, vient d'être ouvert. Du 13 décembre au 26 janvier dernier, 28 incinérations y avaient été faites. En 1899, il y a eu 200 incinérations à Gotha, 151 à Heidelberg, 111 à Hambourg et 46 à Iéna, soit un total de 513 incinérations, contre 423 en 1898, 372 en 1897. Plusieurs villes allemandes se préparent à pratiquer la crémation, entre autres : Eisenach, Manheim, Mayence, Apelta et Cobourg.

En Suisse, il y a également progrès. A Genève le Comité administratif a voté une somme de 20.000 francs qui, avec la participation de la Société de crémation de cette ville, serviront à élever un monument dans l'un des cimetières. A Saint-Gall, l'Assemblée commerciale a concédé gratuitement un terrain à la Société de crémation. A Zurich, du 1er janvier au 31 décembre 1899, le nombre des incinérations a été de 82. Le 1er avril dernier, la *Société de crémation* a fait don à cette ville de son monument et de 30.000 francs, à charge par la ville de construire dans un délai de 5 ans un second monument capable de contenir 600 urnes et d'incinérer gratuitement les personnes décédées à Zurich.

En Danemark, à Copenhague, en 1899, le nombre des incinérations a été de 28 contre 18 l'année précédente. En Suède, il y a eu, en 1899, 51 incinérations.

L'Italie pratique l'incinération dans 28 villes, les Etats-Unis dans 25. A New-York, le chiffre annuel est de 300. A Buffalo, en juillet dernier, on procédait à la 400e incinération.

A Buenos-Ayres, depuis 1884, la municipalité faisait pratiquer la crémation des cadavres. Elle a inauguré l'an dernier dans un des cimetières de la ville, un cinérarium destiné spécialement aux incinérations demandées par les familles.

Enfin, au Japon, à Tokio, il existe sept monuments contenant 22 appareils crématoires. L'incinération y est presque autant pratiquée que l'inhumation.

M. Bourneville expose ensuite l'état de la crémation à Paris. En 1899, il y a eu 243 incinérations sur la demande des familles; 2588 de corps provenant des amphithéâtres, 1773 incinérations d'embryons. Total : 4554. Il fait connaître l'état numérique des incinérations effectuées depuis le début, en août 1889.

	Incinérations demandées par les familles.	Débris d'hôpitaux.	Embryons.	Total.
1889. . . .	49	483	217	749
1890. . . .	121	2.188	1.079	3.388
1891. . . .	134	2.369	1.238	3.741
1892. . . .	159	2.389	1.425	3.974
1893. . .	189	2.261	1.461	3.911
1894. . .	216	2.247	1.529	3.992
1895. . .	187	2.482	1.511	4.180
1896. . .	200	2.587	1.636	4.423
1897. . . .	210	2.356	1.631	4.197
1898. . . .	231	2.493	1.789	4.513
1899. . . .	243	2.538	1.773	4.554
	1.939	24.393	15.290	41.622

La progression est lente, mais continue. Elle serait certainement plus rapide si les familles étaient mieux renseignées dans les mairies. En 1900, pendant les quatre premiers mois, il y a eu :

Incinérations demandées par les familles. . . 111
Bières contenant des débris des amphithéâtres d'anatomie 956
Embryons incinérés 565

Le nombre total des incinérations pratiquées à Paris depuis 1889 à fin avril 1900, a été de 43,254.

Après avoir parlé du fonctionnement des fours et de la durée des incinérations, M. Bourneville rappelle les points principaux du rapport au Conseil municipal de M. Grébauval, membre du comité de la Société. M. Grebauval, sur une pétition de la Société, demandant : 1° la réduction de la taxe perçue sur les familles aisées ; 2° la suppression de cette taxe pour les corps des malades des hôpitaux et hospices, fit voter au Conseil un article unique ainsi conçu : « Est abolie la perception de la taxe d'incinération en ce qui concerne le corps des personnes décédées dans les hôpitaux et hospices dépendant de l'assistance publique.

M. Bourneville fait voter des remerciements au Conseil municipal pour ce qu'il a fait en faveur de la crémation et renouveler le vœu en faveur de l'achèvement du crématoire du Père-Lachaise aussitôt après l'Exposition. Il termine son discours en remerciant, au nom de la Société, M. le Dr Cornet et M. Mesnard, qui ont fait des conférences, avec projections, à Rouen, à Choisy-le-Roi et à Vitry-sur-Seine. Il rappelle à tous que les documents qui sont apportés chaque année par M. Salomon et par lui, ont pour but de permettre à tous les membres de la Société de faire une active propagande en faveur de la crémation, réforme d'hygiène d'une importance capitale, surtout en ce qui concerne les grandes villes.

Après l'exposé de la situation financière de la Société par M. Salomon et diverses communications de M. le commandant Mourgues, Maret-Leriche, etc., la séance est levée à 10 heures et demie. Albin ROUSSELET.

La peste et les mesures sanitaires.

La peste règne toujours à Port-Saïd, mais sans prendre une grande extension. Toutefois le service sanitaire rencontre une résistance des plus énergiques dans le quartier arabe où les indigènes s'opposent absolument à toute mesure d'isolement.

A Smyrne, sur le bruit que la peste avait éclaté le gouvernement ottoman a envoyé sur les lieux, M. le Dr Nicolle, notre distingué compatriote, directeur de l'Institut bactériologique de Constantinople et M. le Dr Cozzonis, président du Conseil sanitaire. Le rapport que vient d'envoyer ce dernier permet d'affirmer que la peste n'a jamais existé à Smyrne.

Nous relevons, d'autre part, dans les *Débats*, du 11 mai, une critique sévère et juste, signée par un passager du paquebot, *Armand-Béhic*, M. Eugène Duchemin, au sujet de l'inefficacité des mesures sanitaires et des vexations inutiles qu'on impose aux passagers. Nous ne saurions mieux faire que de citer quelques passages de cette intéressante lettre :

« Un service international existe à Suez. Il comprend trois docteurs et une doctoresse, qui est plus spécialement chargée de l'examen des dames. L'*Armand-Béhic* mouilla dans le port de Suez dans la nuit du 16 au 17 avril. Depuis la veille, le commandant avait fait ralentir la marche, car nous ne pouvions atteindre Suez de jour et les visites sanitaires cessent après le coucher du soleil. Dès l'aube, le mardi 17 avril, docteurs et doctoresse montaient à bord et concentraient, aussitôt, leur attention sur les passagers du pont, qui durent subir une visite complète de leur personne. A neuf heures du matin, tout étant terminé, nous entrions dans le canal ; dix-huit heures après, nous mouillions à Port Saïd, sans autre formalité ; enfin, le 22, à cinq heures du matin, l'*Armand-Béhic* jetait l'ancre au Frioul, rade située à quelques milles seulement du port de la Joliette. A six heures quarante seulement, arriva *la Santé*, représentée par un médecin de marine assisté d'un certain nombre d'ouvriers employés au service sanitaire. Les instructions remises, à Port-Saïd, au commandant, prescrivaient que, « dès « l'arrivée de *la Santé* à bord, les passagers devaient se trou- « ver sur le pont, en face de leur bagages de cabine. Le linge « sale devait être enfermé dans des sacs, afin d'etre étuvé par « l'appareil du bord ». Ces instructions ayant été observées, le docteur fit faire l'appel devant lui ; personne ne manquant, aucune apparence de maladie n'étant constatée, la visite complète de l'équipage et des passagers de pont ne fut pas renouvelée. Mais la literie de ces personnes fut l'objet de l'attention du docteur, et, comme une douzaine de malatelas et autant de traversins étaient d'une saleté repoussante, ordre fut donné de les jeter à la mer. Nous vîmes, tout à coup, émerger un petit archipel mobile de matelas et de traversins qui avait de grandes chances d'atterrir presque en même temps que nous à Marseille, où la brise le poussait ; mais on m'a assuré que les pêcheurs marseillais, qui tournaient autour de l'*Armand-Béhic*, dans leurs légères embarcations, allaient s'en emparer dès que nous les aurions perdus de vue. Les sacs à linge furent censés

passés à l'étuve ; je puis assurer que ceux qui y passèrent n'y restèrent guère plus d'une minute, tandis que douze minutes, paraît-il, étaient nécessaires pour agir sur ces masses entassées et assez volumineuses...

Après avoir constaté les inconvénients graves de la façon dont on procède pour les armateurs, les passagers et l'équipage, qui ne cherchent qu'une chose, c'est de se soustraire aux mesures sanitaires, M. E. Duchemin indique les modifications utiles qu'on pourrait effectuer :

« Il en serait tout différemment si le service sanitaire voulait bien s'inspirer des principes qui guident l'administration des postes : la poste, ayant à transporter les correspondances des pays desservis par les paquebots, s'attachent à les diriger sur leurs destinations le plus tôt possible après l'arrivée au port. Pour cela elle n'envoie pas, du bureau de Marseille par exemple, une brigade d'agents sur le navire accosté à quai ou mouillé en rade pour faire le tri des correspondances ; non, tout est classé et étiqueté à bord même, en cours de route, par un agent spécial. La Santé, *qui a la responsabilité de la direction des passagers*, devrait envoyer à Messine, — par chemin de fer, — et pour chaque paquebot, une mission composée de deux ou trois docteurs dûment commissionnés.

L'*Armand-Béhic* était, le 20 avril, à sept heures du soir, en face de Messine, et, le 22 seulement, à Marseille. Si, à Messine, nous avions embarqué les docteurs de la Santé (point n'est besoin de mouiller : on abaisse l'échelle, le canot accoste), la commission aurait eu tout le temps de faire consciencieusement ses opérations durant la journée du 21. Alors nous pouvions débarquer tout de suite à Marseille, puisque le navire avait sa patente nette. Si, au contraire, la commission avait reconnu des cas suspects, elle aurait télégraphié en passant en vue du sémaphore de Bonifacio, et la direction de la Santé de Marseille aurait pris toutes les dispositions pour recevoir les passagers aux lazarets et pour faire retourner au large le paquebot, au lieu de le laisser tourner plusieurs heures sur sa chaîne d'ancre et polluer la rade de ses détritus et déjections. Ce ne seront pas certes les médecins qui manqueront pour effectuer ce service. Quant à la dépense, elle sera bien faible à côté des ennuis de toutes sortes que causent les pratiques actuelles et des dangers qu'elles nous font courir.

En résumé : I. — La présence de la peste à Port-Saïd nous impose un redoublement de vigilance. — II. Les faits ci-dessus, fidèlement rapportés, démontrent que les mesures en vigueur sont plus dangereuses qu'utiles. La visite sanitaire en rade n'est, en effet, pas pratique, surtout dans un port comme celui du Frioul, voisin de ceux de Marseille, où la mer n'ayant pas de marée, la contamination risque de se produire par le seul fait du séjour d'un navire au mouillage pendant la visite sanitaire. Les *cargos* pourraient prendre un médecin à Bonifacio ou dans tout autre port à proximité des lignes suivies. Ce qu'il importe, avant tout, c'est d'organiser la visite sanitaire en cours de route, — afin de pouvoir donner la libre pratique sans retard à l'arrivée, si rien n'est suspect à bord, — et de ne pas admettre passagers et navires à l'entrée du port dans le cas contraire. Nous n'avons examiné que la question de Marseille ; il semble bien que la compagnie du canal de Suez aurait intérêt à obtenir que la visite sanitaire fût effectuée en cours de route avant l'arrivée à Suez. Il ne serait pas difficile de trouver, sur la côte du golfe de Suez, un point où les navires auraient à demander la Santé, ce qui leur éviterait toute perte de temps à l'arrivée à Suez.

Scandales au sanatorium du Crotoy.

En 1892, l'administration de l'assistance publique de la Somme conçoit l'idée de créer un sanatorium au Crotoy pour ses pupilles, filles et garçons. La direction en fut confiée à une dame Jacquot ou plutôt, en fait, à son mari qui dirigea, surveilla et fut seul connu du public. De 1892 à novembre 18[illegible], il est passé environ 300 enfants âgés de trois à dix ans dans l'établissement qui en avait en moyenne une cinquantaine à la fois.

Le maire du Crotoy ayant fourni de mauvais renseignements sur l'honorabilité de M. Jacquot, l'administration se décida à retirer les petites filles qui vivaient dans une promiscuité absolue avec les jeunes garçons. En même temps, on fit fermer le débit de M. Jacquot, qui était resté cafetier. Plus tard, certaines rumeurs circulèrent dans le pays. On accusait M. Jacquot de battre les enfants, et des plaintes parvinrent à l'administration. La situation se prolongea ainsi jusqu'à la fin de 1899, époque à laquelle l'inspecteur départemental des enfants assistés prescrivit une enquête sérieuse à la suite de laquelle on se décida à fermer le sanatorium et à exercer des poursuites contre M. Jacquot, qui vient de comparaître devant le tribunal correctionnel d'Abbeville. Soixante témoins, la plupart des pupilles de l'arrondissement, furent entendus. Il résulte de l'ensemble des témoignages, et certaines exagérations mises de côté, que M. Jacquot ne nourrissait pas suffisamment les enfants, qu'il les a frappés fréquemment à coups de bâton, de pelle et de barre de fer, qu'il a commis en leur présence des outrages publics à la pudeur. Plusieurs enfants ont parlé aussi de faits immoraux commis sur eux par M. Jacquot et son fils, mais la prévention n'a pu les retenir, car ils remontaient à plus de trois ans et sont prescrits. M. Stemler, procureur de la République, a plaidé avec beaucoup de cœur la cause des orphelins et stigmatisé la conduite de M. Jacquot. Il a demandé une condamnation sévère. Le tribunal a condamné le directeur du sanatorium à quatre mois de prison. (Le *Temps*, 15 mai.)

Banquet de l'hôpital français de Londres.

Le trente-deuxième banquet annuel de l'hôpital français de Londres a eu lieu le 12 mai, à l'hôtel Cecil, sous la présidence de M. Cambon, ambassadeur de France, qui avait à ses côtés, M. Bourcart, ministre de Suisse, et le lord-maire de la Cité.

Le banquet d'hier a été particulièrement brillant. M. Cambon a porté un toast à la reine, au prince et à la princesse de Galles et à M. Loubet, aux applaudissements de l'assistance chantant le *God save the Queen* et la *Marseillaise*. Il a ensuite porté un toast au fondateur de l'hôpital, au corps médical, au corps diplomatique et au lord-maire. M. Bourcart a remercié au nom du corps diplomatique. Sir William Mac Cormac, chirurgien en chef de l'hôpital, et revenu de l'Afrique du Sud, a remercié de l'accueil qu'on lui a fait. Le lord-maire a ensuite porté la santé à M. Cambon. Le rapport de l'année écoulée a été lu. Les souscriptions recueillies dépassent 80.000 francs. L'ambassadeur d'Italie, ne pouvant assister au banquet, a envoyé un chèque de 50 livres. M. Cambon a fait ressortir que la maison de convalescence française à Brighton se trouve en déficit, le baron de Courcelles, prédécesseur de M. Cambon, cherche, à Paris, à obtenir des secours spéciaux pour payer cette dette.

Le secret professionnel.

La chambre criminelle de la Cour de cassation a examiné hier le pourvoi formé par le procureur général à la cour de Besançon contre l'arrêt de cette cour, qui, refusant de faire état du témoignage d'une sage-femme, dans une poursuite dirigée contre une fille Girard, prévenue de suppression de part, avait acquitté celle-ci.

On se rappelle que la cour avait, en effet, jugé que ce témoignage avait été fait en violation du secret professionnel et que, dès lors, il devait être considéré comme nul et non avenu : le pourvoi du procureur général soulève donc cette question délicate. La personne astreinte au secret professionnel est-elle tenue de le respecter, même en justice ?

M. le conseiller Boulloche et M. l'avocat général Feuilloley se sont successivement prononcés pour l'obligation absolue du silence ; ils ont donc conclu l'un et l'autre au rejet du pourvoi du procureur général à la cour de Besançon. M. l'avocat général Feuilloley a insisté sur le caractère impératif du texte de l'article 378 du Code pénal, ainsi conçu :

« Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession, des secrets qu'on leur confie, qui, *hors les cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs*, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de cent francs à cinq cents francs. »

Il a ajouté que l'obligation absolue de l'observation du secret professionnel résulte d'autant plus des termes de cet article

qu'aujourd'hui il n'y a même plus de « cas où la loi oblige les dépositaires de secrets professionnels à se porter dénonciateurs ». En effet, cette exception, qui se référait aux articles 103 et suivants du Code pénal, a été effacée par la loi du 28 avril 1832 qui les a abrogés.

Divers arrêts de cassation, à la vérité, ont admis, surtout quand il s'agit de répondre à une interrogation en justice, la « discrétion facultative ». Mais il s'en faut que cette jurisprudence ait un caractère constant. Un arrêt de la chambre criminelle de novembre 1885 a décidé que le médecin était tenu au secret professionnel et ne pouvait même pas en être relevé par la partie intéressée. Il a posé le principe de l'obligation du secret absolu, dans un intérêt d'ordre public. La chambre civile de la Cour de cassation a, de son côté, par deux arrêts récents, dont le dernier est de mai 1899, appliqué se principe. Ces arrêts sont, d'ailleurs, conformes à la théorie soutenue par l'éminent criminaliste Faustin Hélie.

Il est d'avis en effet, que si l'interpellation du magistrat enlève à la violation du secret professionnel le caractère délictueux qui seul pourrait permettre de frapper l'auteur de cette violation des peines prévues par la loi, celui-ci n'en manque pas moins au devoir professionnel. Dès lors, une déclaration ainsi faite ne peut être retenue. Elle doit être réputée inexistante. L'analyse de tous ces textes et documents détermine l'avocat général à conclure énergiquement pour la consécration de la doctrine adoptée par la cour de Besançon. La Cour suprême a mis l'affaire en délibéré.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 11. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Lannelongue, Delbet, Sébileau. — (2e *série*) : MM. Terrier, Broca (Aug.), Mauclaire. — (1re *série*) : MM. Kirmisson, Poirier, Walther. — (2e *série*) : MM. Delens, Tuffier, Legueu. — (2e *partie*) : MM. Potain, Brissaud, Teissier.

MARDI 22. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*). Nouveau régime : MM. Dieulafoy, Blanchard, Achard. — 4e *de Doctorat* (1re *série*) : MM. Proust, Thoinot, Vaquez. — (2e *série*) : MM. Grancher, Langlois, Dupré. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie. (1re *série*) : MM. Guyon, Brun, Albarran. — (2e *série*) : MM. Berger, Schwartz, Nelaton. — (2e *partie*) : MM. Jaccoud, Charrin, Ménétrier. — Obstétrique (1re *partie*) : Budin, Bonnaire, Wallich.

MERCREDI 23. — 4e *de Doctorat* : MM. Landouzy, Thoinot, Desgrez. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie (1re *série*) : MM. Delens, Delbet, Legueu. — (2e *série*) : MM. Lannelongue, Poirier, Mauclaire.

VENDREDI 25. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*). Nouveau régime : MM. Grancher, Joffroy, Heim. — 4e *de Doctorat* (1re *série*) : MM. Pouchet, Gaucher, Wurtz. — (2e *série*) : MM. Potain, Ch. Richet, Thoinot. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie (1re *série*) : MM. Tillaux, Lejars, Sébileau. — (2e *série*) : MM. Jalaguier, Delbet, Broca (Aug.). — (2e *partie*) : MM. Hayem, Widal, Teissier. — Obstétrique (1re *partie*) : MM. Pinard, Varnier, Lepage.

SAMEDI 25. — 4e *de Doctorat* (1re *série*) : MM. Chantemesse, Chassevant, Thiroloix. — (2e *série*) : MM. Cornil, Pouchet, Langlois. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Brun, Thiéry, Faure. — (2e *partie*) (1re *série*) : MM. Dieulafoy, Roger, Ménétrier. — (2e *série*) : MM. Joffroy, Raymond, Vaquez. — Obstétrique (1re *partie*) : MM. Budin, Bonnaire, Wallich.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 23. — M. Laval. Du méningisme typhique. — M. Petit. Etude sur les eaux minérales de Royat. — M. Goubeau. Troubles cutanés dans la convalescence de la fièvre typhoïde. — M. Ménier. De la fracture de Dupuytren. — M. Robert. Contribution à l'étude clinique de l'ostéo-sarcome de l'os iliaque. — Mme Solomjan-Birfeld. Fréquence de fissures et de lymphangistes du sein pendant l'allaitement. — M. Laparra. Goitre et grossesses. Rapports. Traitement. — M. Chazel. Contribution à l'étude de la tuberculose rénale avec fistule. — M. Riss. Les endocardites aiguës consécutives aux infections biliaires. — Mlle Dora Pesker. Un cas d'une affection familiale infantile. Etude clinique et anatomo-pathologique. — M. Isaac. De la colite muco-membraneuse.

SAMEDI [illegible]. — M. Lacroix. De l'ammoniaque urinaire. — M. Provins. [illegible] chez l'enfant. — M. San[illegible]s. Les récentes recherches sur l'agglutination des microbes. (Le [illegible]).

Enseignement médical libre.

Cours de chirurgie oculaire. — M. le Dr A. TERSON, [illegible], à 5 heures, [illegible] de chirurgie oculaire avec exercices opératoires. Ce cours est [illegible]. [illegible], 5[illegible], rue Jacob, tous les jours, de 1 à 2 heures.

FORMULES

XXVI. — Période ultime de l'endocardite chronique.

Carbonate d'ammoniaque		2 grammes.
Eau de vie		30 —
Sirop de fleurs d'oranger		40 —
— de gomme	ãã	20 —
— de tolu		
— de morphine		

G. Lyon.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 6 mai au samedi 12 mai 1900, les naissances ont été au nombre de 1133 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 414, illégitimes, 167. Total, 581. — *Sexe féminin* : légitimes, 386, illégitimes, 166. Total, 552.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1896 : 2 511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 6 mai au samedi 12 mai 1900, les décès ont été au nombre de 1001, savoir : 540 hommes et 461 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 6, F. 11. T. 17. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M 11, F. 14, T. 25. — Scarlatine : M. 2, F. 2, T. 4. — Coqueluche : M. 2, F. 1, T. 3. — Diphtérie, Croup : M. 5, F. 1, T. 6. — Grippe : M. 6, F. 5, T. 11. — Phtisie pulmonaire : M. 128, F. 90, T. 218. — Méningite tuberculeuse : M. 10, F. 14, T. 24. — Autres tuberculoses : M. 22, F. 10, T. 32. — Tumeurs cancéreuses : M. 22, F. 28, T. 50. — Tumeurs autres : M. 0, F. 3, T. 3. — Méningite simple : M. 14, F. 13, T. 27. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 30, F. 18, T. 48. — Paralysie, M. 2. F. 6, T. 8. — Ramollissement cérébral : M. 2, F. 5, T. 7. — Maladies organiques du cœur : M. 32, F. 34, T. 66. — Bronchite aiguë : M. 4, F. 8, T. 12. — Bronchite chronique : M. 11, F. 15, T. 26. — Broncho-pneumonie : M. 26, F. 18, T. 44. — Pneumonie : M. 34, F. 25, T. 59. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 23, F. 24, T. 47. — Gastro-entérite, biberon : M. 16, F. 9, T. 25. — Gastro-entérite, sein : M. 2, F. 2, T. 4. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 4, F. 3. T. 7. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2, F. 1, T. 3. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 6, T. 6. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Débilité congénitale : M. 11, F. 7, T. 18. — Sénilité : M. 10, F. 18, T. 28. — Suicides : M. 16, F. 3, T. 19. — Autres morts violentes : M. 10, F. 0, T. 10. — Autres causes de mort : M. 74, F. 61, T. 135. — Causes restées inconnues : M. 3, F. 3, T. 6.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 81, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 34, illégitimes, 14. Total : 48. — *Sexe féminin* : légitimes, 19, illégitimes, 14. Total : 33.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Cours de clinique chirurgicale* (Professeur : M. LE DENTU). — M. MAUCLAIRE, agrégé, chargé de cours, vendredis et mardis, à 9 h. 1/2. — Opérations de chirurgie générale après les leçons. Opérations gynécologiques le jeudi, à 9 heures, dans le service spécial de gynécologie. Examen des malades, par les élèves, les lundis, mercredis et samedis.

Manœuvres obstétricales. — M. LEPAGE, agrégé. Les démonstrations ont lieu le jeudi à 6 heures de l'après-midi. Les exercices opératoires d'obstétrique ont commencé le lundi 14 mai, à 3 h., et se continueront tous les jours, à 3 heures (Pavillon no VI). Les inscriptions pour les exercices opératoires seront reçues au secrétariat (Guichet no 3), de midi à trois heures, les lundis, mardis, jeudis et samedis 12 mai inclusivement, sur la présentation de la carte d'immatriculation. Le montant des droits est de 50 francs. Les démonstrations du jeudi au grand amphithéâtre de la Faculté sont publiques et gratuites. Les élèves inscrits régulièrement recevront une lettre de convocation spéciale.

BANQUET GILLES DE LA TOURETTE. — Le service médical de l'Exposition, les élèves et amis du Dr GILLES DE LA TOURETTE lui offriront à l'occasion de sa promotion au grade d'officier de la Légion d'honneur, un banquet qui aura lieu le vendredi 25 mai à 7 h. 1/2, à l'Hôtel Continental sous la présidence du Pr Brouardel. Les adhésions sont reçues chez le Dr Deschamps, 75, rue de la Victoire.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — M. Stanislas MEUNIER, professeur de géologie, [illegible] une *excursion géologique* publique le dimanche 20 mai [illegible]-V[illegible]-Mel[illegible] [illegible] Il [illegible] pour prendre part à l'excursion de se trouver au rendez-vous, gare du Nord où l'on prendra, à 7 h. 15 [illegible], le train

pour Cramoisy. On sera rentré à 5 h. 33. — *N.-B.* Pour profiter de la réduction de 50 0/0, accordée par le chemin de fer, il est indispensable de verser le montant de la place au Laboratoire de géologie, 61, rue de Buffon, avant samedi, à 4 heures.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Exercices pratiques de diagnostic bactériologique*, sous la direction de M. le Dr Fernand BESANÇON, chef du Laboratoire de bactériologie. — Des exercices pratiques de bactériologie auront lieu de 2 à 5 h., les mardis, jeudis et samedis. Les élèves seront exercés individuellement aux diverses manipulations. — *Programme du cours* : 1re leçon. Technique de la coloration des microbes; méthode de Gram. 2e leçon. Analyse bactériologique du pus : examen, culture, inoculation. 3e leçon. Diagnostic des microbes pyogènes (aérobies). 4e leçon. Analyse bactériologique des crachats (non tuberculeux). 5e leçon. Analyse bactériologique des crachats tuberculeux. — Tuberculose et pseudo-tuberculose. 6e leçon. Analyse bactériologique des sérosités pathologiques (pleurales, articulaires, cérébrospinales, etc.). — Diagnostic bactériologique de la peste. 7e leçon. Analyse bactériologique des angines non diphtériques. 8e leçon. Diagnostic de la diphtérie. 9e leçon. Analyse bactériologique de l'eau. 10e leçon. Analyse microscopique du sang (bactériologie et histologie). 11e leçon. Sérodiagnostic. 12e leçon. Analyse bactériologique des matières fécales. 13e leçon. Diagnostic des microbes anaérobies. 14e leçon. Diagnostic bactériologique des affections de l'appareil génito-urinaire. 15e leçon. Diagnostic bactériologique des affections microbiennes et parasitaires de la peau. — Le droit à payer pour chaque série d'exercices est de 50 francs. Sont admis, les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Les inscriptions sont reçues au Secrétariat de la Faculté (guichet no 3), les lundis, mardis, jeudis et samedis de chaque semaine, de midi à 3 heures

MÉDECINS ET PHARMACIENS CONSEILLERS MUNICIPAUX. — M. le Dr Lamouroux, républicain (les Halles); M. le Dr Brousse, socialiste (les Epinettes); M. le Dr Navarre, socialiste (la Gare); M. le Dr Chérot, nationaliste (Val-de-Grâce); M. le Dr Poirier de Narçay, nationaliste (Petit-Montrouge); M. Houdé, pharmacien, républicain (Enclos Saint-Laurent), ont été élus conseillers municipaux de Paris.

CONCOURS DU PROSECTORAT. — Le jury du Prosectorat est ainsi constitué : MM. Guyon, Farabeuf, Richet, Hartmann, Rieffel. Ce concours s'ouvrira le vendredi 25 mai.

CONCOURS DE L'ADJUVAT. — Le jury de ce concours est composé de : MM. Farabeuf, Rieffel, Terrier, Tillaye, Aug. Broca.

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — M. Bonnier, directeur de l'établissement d'Aix-les-Bains, vient d'être nommé directeur du nouvel asile d'aliénés de la Seine, à la Maison-Blanche, près de Neuilly-sur-Marne. Nomination politique où l'intérêt des malades ne compte pas.

HOPITAUX DE PARIS. — *Prix Fillioux.* — En conformité d'un legs fait à l'Administration générale de l'Assistance publique par le Dr Fillioux, un concours doit être ouvert, chaque année, pour l'attribution de deux prix, d'égale valeur à décerner l'un à l'interne, l'autre à l'externe des hôpitaux qui auront fait le meilleur mémoire et le meilleur concours sur les *Maladies de l'oreille*. Pour l'année 1900, le concours sera ouvert le mercredi 5 décembre en vue de l'attribution de deux prix de 750 francs chacun. Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, bureau du Service de santé, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 11 h. à 3 heures, du 1er au 15 octobre inclusivement. Le mémoire présenté comme épreuve du concours devra être déposé avant le 15 octobre, dernier délai. Ce mémoire devra être manuscrit et inédit.

COURS DE VACANCES. — La Faculté de Médecine de Genève institue cette année, à titre d'essai et pour répondre à diverses [illegible], les cours de perfectionnement pour [illegible] praticiens, qui porteront sur la [illegible] et la thérapeutique. Ces cours auront lieu du 10 au 22 septembre 1900, sous la direction de MM. les Prs P. Bard et A. Mayor avec la collaboration de MM. les Prs H. Oltramare et G. Haltenhoff, de MM. les Drs Martin, E. [illegible], A. [illegible], médecins adjoints à la clinique médicale; F. Long, chef de laboratoire de la clinique, Guder, privat-docent à la Faculté de Médecine et [illegible]. Ils consisteront en présentation de malades et exercices de diagnostic, en démonstrations et exercices pratiques de procédés d'examen [illegible] [illegible] [illegible] et par les rayons Röntgen, etc.) Les inscriptions sont reçues jusqu'au [illegible] septembre, toutefois les cours n'auront lieu que si, au [illegible] [illegible]

caissier de l'Université. (*Revue médicale de la Suisse romande*, 20 avril 1900.)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr VALENTIN (de Gotteville-lès-Rouen).

PETITE CORRESPONDANCE.

Angleterre. — Il a été retourné le numéro du *Progrès* du 7 avril avec une annotation au crayon, et cela sans signature. Prière à l'envoyeur de nous renseigner.

Chronique des Hôpitaux.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — *Radioscopie médicale.* — M. le Dr A. BÉCLÈRE, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, commencera, le dimanche 20 mai, à 10 heures du matin, et continuera les dimanches suivants à la même heure, dans la salle des conférences de l'hôpital, une nouvelle série de *Six conférences sur les premières notions de Radiologie*, indispensables à la pratique de la Radioscopie et de la Radiographie médicales. Après chaque conférence, présentation et examen radioscopique des malades.

CLINIQUE NATIONALE OPHTHALMOLOGIQUE DES QUINZE-VINGTS. — *Conférences d'ophthalmologie.* — Les médecins de la clinique des Quinze-Vingts ont commencé, le lundi 14 mai 1900, des leçons cliniques et théoriques, qui auront lieu dans l'ordre suivant : Mardi, à 1 h. 1/2, Dr Trousseau, leçons cliniques. Mercredi, à 1 heure, Dr Kalt, leçons de diagnostic ophthalmologique avec indications thérapeutiques. — Jeudi, à 2 heures, Dr Dubief, démonstration d'anatomie pathologique et de bactériologie. — Jeudi, à 3 heures, Dr Valude, thérapeutique chirurgicale; présentation de malades. — Samedi, à 2 heures, Dr Chevallereau, thérapeutique médicale. — Consultations et opérations, à 1 heure.

HÔPITAL BROCA. — *Cours complet de gynécologie.* — M. S. POZZI, le vendredi à 10 heures. — Un cours de gynécologie pratique sera fait les lundis et mercredis, à 10 heures, sous sa direction. Ce cours sera complet en vingt leçons. Démonstration d'histologie sur les pièces du service, le samedi, à 10 heures, par le chef du laboratoire.

HÔPITAL ANDRAL. — MM. Albert MATHIEU et SOUPAULT: le vendredi à 10 heures, conferences cliniques sur les maladies de l'appareil digestif.

HÔPITAL DE LA PITIÉ. — M. le Dr BABINSKY : conférences cliniques sur les *Maladies du système nerveux*, le samedi matin.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — Le Dr DU CASTEL, conférences cliniques le samedi à 1 h. 1/2. A 1 h. 1/2 consultation externe. A 2 h. 1/2 conférence clinique dans la salle des conférences.

Leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques. — M. HALLOPEAU, salle des conférences, le dimanche, à 9 heures et demie du matin.

Maladies cutanées et syphilis : Le Pr FOURNIER a repris le vendredi 4 mai, son cours de clinique.

Maladies du cuir chevelu. — M. SABOURAUD : tous les mercredis et samedis, à 9 h. 1/2, à partir du 16 mai, leçon théorique et pratique sur les maladies microbiennes du cuir chevelu et de la peau (laboratoire de l'école Lailler).

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Cours de clinique des maladies du système nerveux.* — M. le Pr RAYMOND : vendredis et mardis, à 10 heures.

M. le Dr Jules VOISIN, conférences cliniques sur les *Maladies mentales et nerveuses*, le jeudi à 10 heures [illegible].

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h. 1/2 Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée); présentation de cas cliniques, etc. — *Service de* M. le Dr P. MARIE. Le service de l'infirmerie de Bicêtre comprend un grand nombre de malades atteints d'affections chroniques et particulièrement d'affections du système nerveux. Ce service est ouvert aux étudiants et le samedi à [illegible] à 9 h. 1/2, une visite générale au cours de laquelle le Dr Pierre Marie présente [illegible] [illegible] ants.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

[illegible] — IMP. GO[illegible] [illegible] MARIN, [illegible] RUE DE RENNES, 71

XXIXe ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XI. N° 21. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 26 MAI 1900.

Le Progrès Médical

CLINIQUE NERVEUSE

Sclérose en plaques ayant débuté dans l'enfance; Imbécillité ;

PAR BOURNEVILLE.

Nous n'avons observé à Bicêtre, chez les enfants du service, de 1879 à 1899, que quatre cas de sclérose en plaques. Nous publions aujourd'hui l'un d'eux, nous réservant de donner les autres dans le *Compte rendu* de Bicêtre pour 1900. (1)

SOMMAIRE. — *Père, quelques excès alcooliques. — Oncle paternel aliéné. — Grandes-tantes et cousines paternelles mortes de tuberculose. — Mère, douleurs névralgiques, stigmates de dégénérescence ; crises nerveuses passagères. — Grand-père maternel, alcoolique, mort aliéné. — Frère, convulsions de l'enfance. — Autre frère déséquilibré, instable. — Petite cousine maternelle, nerveuse, chorée de l'enfance, crise de nerfs après une peur.*

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge d'un an (mère plus âgée).

Conception, grossesse, accouchement, naissance, rien de particulier. — Premières dents à 6 mois; dentition complète à 15 mois. — Parole et propreté à 2 ans.

A 3 ans, peur, suivie 15 jours après d'un état de mal convulsif qui dura 13 heures. — Consécutivement, torpeur prononcée, affaiblissement parétique des quatre membres, prédominant à droite ; tremblement des mains, marche impossible, déviation de l'œil droit. — Disparition progressive de ces accidents en six mois. — Céphalalgies.

Accidents congestifs avec convulsions internes à 4 ans. — A 10 ans, absences (janvier 1882), *fugues, arrestations. — Zoophobie, nouvelle frayeur avant la dernière fugue qui aboutit à son placement. — Diminution de l'intelligence. — Premier accès d'épilepsie à 10 ans. — Disparition des accès d'août 1886 à 1889. — Maladies intercurrentes et évolution de la puberté : poids, taille, système pileux, organes génitaux de 1882 à 1899. — Caractères du tremblement : spécimens de l'écriture. — Amélioration de l'état intellectuel. — Congé en 1890 : excès de boisson et de tabac. — Rentré dans la section au bout de trois mois. — Passage aux incurables de l'hospice en mars 1893. — Pris comme soldat en 1893, malgré sa maladie, incorporé dans un régiment, réformé en décembre. — Réadmission à l'hospice, fugue à Rouen, mendicité, retour à Bicêtre. — Nouvelle sortie de Bicêtre. — Nouvelle admission à Bicêtre* (juin 1895). — *État actuel* (1900).

Bén... (Eugène, Étienne), né à Paris, le 7 juin 1872, est entré dans le service le 9 septembre 1882. Il était accompagné des certificats ci-après :

17 juin 1882 : Attaques d'épilepsie, accidents paralytiques passagers avec aphasie temporaire. Fugues inconscientes. — Absences. — Niveau mental faible. — Prévention de vagabondage. — Signé : Legrand du Saulle.

18 juin 1882 : Est atteint de débilité mentale avec épilepsie ; attaques suivies de trouble mental. — Signé : Magnan.

Antécédents. — (*Renseignements fournis par sa mère* en *septembre* 1882 et *février* 1883). Son PÈRE, âgé de 35 ans en 1882, est fondeur en cuivre et jouit d'une bonne santé habituelle. On signale chez lui quelques *excès alcooliques* (vin) : « Il ferait la noce un ou deux jours, tous les mois. » Il fume un peu. Il est d'un caractère vif, emporté, mais il n'a jamais souffert de névralgies ou de migraines. Il n'y a pas trace chez lui d'accidents syphilitiques. — Son *père*, âgé de 67 ans, est sobre. Il souffre de varices des membres inférieurs. Sa *mère*, âgée de 66 ans, blanchisseuse, sobre, n'a jamais eu d'accidents névropathiques. Elle est aveugle par cataracte. — Son *grand-père maternel* est mort *aliéné* à l'Asile clinique en 1879 (1). — Quatre *tantes paternelles* seraient mortes « de la poitrine » avec hémoptysie et leurs enfants auraient également succombé à la *tuberculose*. — Il a trois *frères*, tous bien portants ainsi que leurs enfants qui n'ont jamais eu de convulsions. Il n'y aurait aucune tare nerveuse dans le reste de la famille (2).

MÈRE, 36 ans (en 1882), couturière, sobre, a été réglée à 14 ans. Elle n'a jamais eu de graves accidents nerveux. Elle est assez bien portante et sujette seulement à quelques *douleurs névralgiques*. Pas de migraines, ni de dartres. Il

(1) Pour diminuer un peu la longueur de cette observation nous avons supprimé les passages relatifs à quelques accidents peu importants à la puberté, le tableau des mensurations de la tête, etc. On les trouvera *in extenso* dans le *Compte rendu* de 1899 (p. 11[illegible]).

(1) Notre ami le Dr Magnan nous a transmis sur lui la note suivante : « J. M... est entré à l'asile le 27 mai 1879, à l'âge de 87 ans. Il présentait un affaiblissement notable des facultés et en particulier de la mémoire, une excitation turbulente très grande avec un délire incohérent, « il a beaucoup « d'argent, il a remplacé le Père éternel », L'état général était très défectueux. Le malade mangeait peu. Il s'est éteint le 3 juin 1879. »

(2) Nous avons revu la mère de notre malade en 1897. Elle nous a dit qu'un *frère* de son mari était mort aliéné à l'asile de Quatre-Mares près Rouen, il y a cinq ans. Il était sobre. Ses enfants seraient indemnes d'accidents nerveux. — La *grand'mère paternelle* est morte en 1892, à la Maison de Nanterre de sénilité (76 ans).

semble que l'œil droit soit un peu plus couvert que le gauche. (Elle dit qu'il en est de même chez son mari) (1). La moitié droite de la face n'est pas pourtant plus petite que la gauche. Elle a des oreilles démesurément grandes (9 cent.). Pas d'alcoolisme. En décembre 1883, elle est allée au lavoir ayant ses règles. Celles-ci se sont arrêtées et elle a eu plusieurs *crises nerveuses*. — Son *père*, *alcoolique*, devenu *aliéné* en 1850 (2), a été interné à Bicêtre, puis transféré en 1860 à l'asile d'Armentières, où il est mort en 1867. — Sa *mère* est morte à 71 ans, d'une affection cardiaque. — « Une cousine, du côté de sa mère, a eu la *chorée* et a été soignée pendant six mois à l'hôpital Trousseau. A 9 ans, après une *peur*, elle a eu une *crise de nerfs*. Elle s'est mariée, n'a pas eu d'enfants, est morte en quelques jours d'un chaud et froid. » — Aucune tare nerveuse dans le reste de la famille.

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 13 mois (mère plus âgée).

Cinq *enfants* : le premier est notre malade ; les trois autres sont bien portants, n'ont jamais eu de convulsions ; le dernier, mort à 5 mois de broncho-pneumonie, aurait eu des *convulsions* pendant son agonie (3).

Notre malade. — Rien au moment de la *conception* (4). — *Grossesse*, aucun traumatisme, aucune émotion, la mère a travaillé jusqu'à la fin. — *Accouchement* à terme, sans aucune intervention. Présentation du sommet. Eau en quantité moyenne. — Pas d'asphyxie bleue ou blanche à *la naissance*, pas de circulaire du cordon. L'enfant était bien conformé. Nourri au sein par sa mère, sevré à 11 mois. Les deux premières dents ont paru à 6 mois. Dentition complète à 15 mois ; l'enfant parlait bien à 2 ans et était tout à fait propre vers le même âge. Aucune maladie jusqu'à l'âge de 3 ans. Vers cette époque, apparut tout à coup, un matin, un *état de mal convulsif*. Quinze jours auparavant, B... avait eu une grande frayeur. Le chien de son concierge lui avait sauté au visage sans le mordre ; l'enfant demeura saisi, immobile, mais ne perdit pas connaissance. Durant les jours suivants, il resta très impressionnable. Il ne voulait plus qu'un chien s'approchât de lui. Il n'y eut pas non plus, à la suite, ni céphalalgie, ni changement de caractère, ni cauchemars pendant le sommeil, très calme d'ailleurs. La crise débuta, sans prodromes, par des vomissements aussitôt après son petit déjeuner. Il poussa un cri, perdit connaissance, puis les *convulsions* apparurent, portant sur les quatre membres et la face ; rigidité générale ; pas de secousses. Les yeux étaient convulsés en dedans, « tout retournés dans le coin du nez ». Les accidents convulsifs ont persisté pendant toute la journée, de 8 heures du matin à 9 heures du soir, sans prédominance notable d'un côté ou de l'autre. Le malade resta ensuite couché pendant 12 jours, dans un état de torpeur complète, ne reconnaissant personne ; il avait un peu de fièvre. Le médecin aurait parlé de *méningite*. Pas de grincements de dents, ni de délire, pas d'autres vomissements que ceux du début. On dut le faire manger pendant quatre semaines.

Après les convulsions, la *parole* était perdue. Le premier mot qu'il prononça, le douzième jour, fut « *maman* ». Elle se rétablit progressivement en quatre mois, mais elle était « bégayante » et elle a toujours conservé ce même caractère. Lorsque Bé... commença à se lever, sa mère remarqua qu'il ne pouvait plus marcher, ni se servir de ses mains. « Il avait un *tremblement des mains* qui l'empêchait de s'en servir. » Il était plus faible du côté droit que de l'autre. On dut lui réapprendre à marcher. Il ne commença à pouvoir user de ses jambes et de ses bras qu'au bout de deux mois. C'est à ce moment que l'on nota le *tremblement de la tête*. L'œil droit, *resté dévié après les convulsions*, reprit sa position normale à mesure que disparaissait l'état parétique des bras et des jambes, au bout de six mois. A cette date, on remarqua que ses yeux sautaient quand il voulait fixer un objet.

A partir de cette époque les parents signalent chez lui des *maux de tête*, dont il se plaignait « à chaque changement de saison ». Ces maux de tête duraient deux ou trois jours.

A l'âge de 4 ans, menaces de *congestion cérébrale* (face rouge, céphalalgie, convulsions internes : ses yeux se retournaient). Cet état ne dura qu'un jour. — Ensuite il fut atteint d'une *pleurodynie* du côté droit qui disparut en trois jours, après l'application d'un vésicatoire. A 6 ans, *pneumonie*, avec beaucoup de fièvre ; elle n'a pas modifié la maladie nerveuse. Envoyé à l'école, jusqu'au 14 juin 1882, il rentrait à peu près régulièrement à 4 heures chez lui ; il aidait sa mère aux soins du ménage, mangeait proprement, sans voracité. Il n'avait pas de miction involontaire et l'on ne trouvait pas de sang sur son oreiller.

La mère nous a souvent répété que Bé... était tout à fait normal *avant* les convulsions et que, *après*, l'intelligence avait diminué, surtout la mémoire.

En janvier 1882, on nota chez lui quelques *absences* : « Il nous regardait, dit la mère, les yeux fixes, hébété, comme s'il ne voyait ni n'entendait. » En revenant à lui, s'apercevant qu'on le regardait, il disait : « Que veux-tu, maman ? » Il pleurait et chantait sans motif. En mars 1882, à huit ou dix reprises, il partit sans prévenir ses parents. Il est revenu la première fois quelques heures après ; deux autres fois, à deux jours d'intervalle. Il fut arrêté deux fois et réclamé par ses parents. Sa troisième arrestation fut suivie de son placement à l'Asile clinique. Il ne savait pourquoi il se sauvait, et on ne pouvait apprendre où il était allé ; il n'en gardait, assurait-il, aucun souvenir.

On n'a jamais remarqué qu'il fût menteur, méchant, jaloux. Il avait beaucoup d'affection pour ses parents. Pas de pyromanie ; mais depuis sa première frayeur il avait conservé une grande peur des animaux. — Pas de vision colorée, ni de fantômes. Il est à noter que, 7 à 8 jours avant sa dernière arrestation, il fut pris d'une *grande frayeur* en apercevant le chien de garde de sa propre maison s'avancer vers lui, toutefois sans chercher à le mordre. A partir de là, tous les jours il cherchait à s'enfuir sans y réussir. Il n'eut jamais chez lui de nouvelles crises convulsives. Sa mère dit que, après sa dernière arrestation, il resta deux jours au dépôt de la Préfecture de police, puis fut transféré à l'Asile Clinique où il séjourna trois mois. C'est là qu'il aurait commencé à avoir des *accès d'épilepsie*.

A part la *scarlatine* dont il fut atteint à l'âge de 4 ans et peu après une *rougeole* légère, on ne relève pas dans ses antécédents morbides de maladies infectieuses graves (ni fièvre typhoïde, ni croup, ni oreillons). — Aucun accident scrofuleux. — Pas d'onanisme. — Il a eu plusieurs fois des oxyures.

Le *tremblement* aurait toujours été modéré à gauche. Il a toujours été très prononcé à droite et s'exagère quand l'enfant s'applique à quelque chose. Il y a même des moments où

(1) Les yeux, dit-elle, sont égaux, mais la paupière supérieure cache davantage l'œil droit.

(2) Mul..., père de Mme Bén..., a été admis la première fois, à Bicêtre, le 8 décembre 1851, avec un certificat ainsi conçu : « Délire datant de deux ans. État de mélancolie après l'insurrection de juin. Au retour de son pays, prétendue persécution. Il éprouve les maladies de tout le monde. Son cœur lui tient des conversations la nuit. Insomnie. Agitation légère. — Signé : Lasègue. » — Il est sorti de Bicêtre le 28 déc. de la même année avec ce certificat. « Mélancolie ; légère faiblesse mentale ; une amélioration assez grande s'est manifestée dans les sentiments du malade ; il a seulement un peu d'inconsistance morale qui laisse craindre une confirmation de sa démence ; on peut le confier à sa femme qui le réclame avec instance. — Signé : Delasiauve. »

Il est rentré le 4 mars 1852 avec le certificat suivant : « Déjà traité à Bicêtre pour délire mélancolique. — Renvoyé amélioré ; conduit dans son pays. — Incohérence complète ; rires sans raison ; récits sans suite, prétendus trésors cachés par sa femme. Menace sa femme et la frappe. — Signé : Lasègue. » — Sorti le 11 oct. 1852. « Sa santé morale est à peu près complètement rétablie. Il n'y a pas d'inconvénient à le rendre à sa femme qui le réclame. — Signé : Moreau. »

Entré à Bicêtre pour la troisième fois avec le certificat suivant : « Déjà traité à Bicêtre à deux reprises. Intelligence faible. Accès de manie. Violences contre sa femme. — Signé : Lasègue. » — Transféré à Armentières avec le certificat suivant : « Démence, non dangereux, peut être transféré. — Signé : Moreau. » — Il est décédé dans cet asile le 2 février 1867 par suite d'hématémèse. — (Ce dernier renseignement nous a été fourni par notre ami le Dr Keraval.)

(3) Depuis qu'elle nous a renseigné, la mère de Bén... a eu *quatre* autres enfants : 6° un garçon, Lucien, âgé de 16 ans, caractère méchant, se fait renvoyer de partout où il travaille ; — 7° Louise, 13 ans, pas de convulsions, laborieuse, intelligente ; — 8° fille née à 7 mois, morte à 3 jours sans convulsions ; — 9° fille, 8 ans, pas de convulsions (juillet 1897).

(4) Le père faisait déjà des excès de boisson et, alors, il était très enclin aux rapports sexuels. Elle est convaincue pourtant que notre malade n'a pas été conçu le père ayant bu, tandis qu'il en aurait été ainsi pour Lucien (voir la note ci-dessus).

il ne peut rien faire ; d'autres fois il diminuait. Il peut, en général, se servir de la cuillère, mais pas de la fourchette. Il boit d'ordinaire de la main gauche. — La *marche* a toujours été défectueuse ; il tombe fréquemment.

A l'école, il se montrait toujours très obéissant, n'osait pas se défendre. Ses maîtresses à l'asile, puis à l'école ses maîtres étaient contents de son caractère et de sa conduite ; mais depuis un an son *intelligence* avait notablement diminué. Il n'avait plus d'attention et presque pas de mémoire. Seul, son caractère n'avait pas changé.

A son entrée dans le service (septembre 1882), on note qu'il commence à lire convenablement mais qu'il a beaucoup de peine à écrire correctement à cause de son *tremblement*. Il connaît à peine la numération. La mémoire est presque nulle, son jugement peu développé. Il ne possède que les notions les plus élémentaires. Il est doux, tranquille. Les accès sont très fréquents. (105 accès pendant le mois de septembre). — Hydrothérapie.

1883. — *Janvier*. — *Conjonctivite oculo-palpébrale*.

Mars. — *Bronchite* et *conjonctivite* palpébrale simple. — Le *tremblement* est très fort et, dans la station verticale, B.. agite la tête presque continuellement, ainsi que les membre supérieurs et le tronc. Dans l'acte de boire, ce tremblement offre tous les caractères de celui de la *sclérose en plaques*. — Revacciné sans résultat.

1er *avril*-31 *août*. — Traitement par les *injections sous-cutanées de curare*. — Les *accès*, qui déjà diminuaient, ont disparu jusqu'au mois de février 1884 (voir le *Tableau*) et sont devenus ensuite de plus en plus rares (1).

Ecolage. — Au point de vue intellectuel, B... fait quelques progrès. Il lit couramment, sait faire exactement les trois premières opérations de l'arithmétique ; l'écriture reste défectueuse à cause du *tremblement*. La mémoire est assez bonne. B..... apprend quelques petites fables. Il apporte de la bonne volonté au travail, est docile.

1884. — B..... a fait de nouveaux progrès. Il lit bien, réussit à résoudre quelques petits problèmes portant sur les quatre opérations. Son caractère est doux, tranquille, mais il est très mauvais ouvrier à l'atelier de cordonnerie où on l'a envoyé il y a quelques semaines.

Juillet. — Pénil et corps glabres : prépuce long, sans phimosis ; testicules dans les bourses, de la grosseur d'une petite noisette, le gauche plus bas que le droit ; léger *varicocèle* à gauche. On note une disposition fœtale de la base des organes génitaux externes ; cette base forme une grosse et large saillie, séparée de l'abdomen par un pli transversal. — Hydrothérapie, gymnastique, etc.

1885. — Pas de progrès. Il est noté comme paresseux, inattentif et peu docile. Ses vêtements sont souvent en désordre. Il mange proprement. — Aucune modification sous le rapport de la puberté. — Le *traitement hydrothérapique* est continué du 1er avril au 1er novembre.

1886. — *Léger strabisme convergent*. Il n'y a pas de tremblement de la langue ni des lèvres.

On constate, d'une façon générale, une grande amélioration dans l'état du malade, en particulier, une diminution considérable du nombre des accès. Le tremblement des mains est toujours constaté, surtout à droite. Il est très fin : l'écriture le met bien en relief. Les progrès intellectuels sont à peu près nuls. A l'atelier, on se plaint de sa paresse et de sa maladresse. Il est quelquefois indocile. — Le *traitement hydrothérapique* a été appliqué sans interruption du 1er avril au 31 octobre.

1887. — B... est atteint à plusieurs reprises d'*angines érythémateuses* (janvier, mars, mai et octobre) ; de *bronchites* légères en février, avril, novembre et décembre ; d'un *panaris* du pouce en novembre.

Pendant le premier semestre, les instituteurs paraissent peu satisfaits de son travail et se plaignent de sa tenue négligée et de sa paresse. Un peu d'amélioration durant le second semestre, mais il est toujours mauvais ouvrier. Il parait prendre plus de goût à la gymnastique et aux exercices de chant. Il est quelquefois emporté et grossier. — Hydrothérapie et bains d'amidon à cause d'une légère *éruption eczémateuse* au scrotum.

Juillet. — B... fait quelques dictées de mots usuels et de petits problèmes sur les quatre opérations ; ses connaissances en histoire et en géographie sont très limitées. La mémoire est assez bonne ; son caractère est taquin, son langage parfois grossier ; sa tenue devient négligée. Il est paresseux aussi bien à l'école qu'à l'atelier de cordonnerie.

1888. *Janvier*. — Amélioration très remarquable au point de vue de l'épilepsie : pas d'accès depuis 1886.

Juillet. — Amélioration remarquable dans l'état général du malade. Il n'a plus d'accès, mais conserve toujours son *tremblement* symptomatique.

Examen physique. — Le *front* est bas, sans proéminence des bosses frontales, le *crâne* est symétrique. Les yeux sont mobiles, les pupilles égales ; B... dintingue bien les couleurs et sa vue parait normale. Le nez est large à la racine, les narines dirigées horizontalement ; la bouche est petite, relevée aux commissures ; pas de saillie de la lèvre supérieure ; pas de forme ogivale de la voûte palatine. B... perçoit les saveurs et les odeurs. — Les oreilles sont très longues (8 cent.), un peu écartées du crâne ; l'hélix est bien ourlé, le lobule adhérent. Le malade entend bien.

Le *thorax* est bien conformé. Les *membres supérieurs* et *inférieurs* sont normaux ; mais le réflexe rotulien est presque absent (?) : on note la même absence de réflexe pharyngien (?) Rien de particulier du côté de la *sensibilité* qui est normale au contact, à la température, à la douleur. Les fonctions digestives s'accomplissent régulièrement. — Rien au cœur ni aux poumons. — Traitement hydrothérapique, etc.

1889. — Pour combattre le *tremblement*, on institue le traitement par le *bromure de camphre*, pris à la dose de 2 capsules pendant la première moitié du mois, puis de 3 et 4 capsules par jour pendant la seconde moitié. Le nombre des capsules est augmenté jusqu'à 8 par jour. Le traitement, suivi jusqu'à la fin du mois de mars, ne donne aucun résultat et n'exerce aucune influence sur le tremblement.

En *mai*, *embarras gastrique* qui dure trois jours ; la température ne dépasse pas 38°. En juin, *eczéma*, probablement professionnel, des espaces interdigitaux. — *Angine* et *grippe* sans gravité au mois de *novembre* et *décembre*.

Pendant le premier semestre, les instituteurs ne constatent que des progrès très peu sensibles. Bén... lit couramment, possède quelques notions d'histoire, de géographie et d'arithmétique, mais son écriture est toujours tremblée et très imparfaite. Sa conduite est un peu meilleure, bien qu'il soit toujours grossier dans son langage, paresseux et quelquefois batailleur. Le chef d'atelier de la brosserie déclare qu'il est incapable de travailler à cause de son tremblement des mains.

Au mois d'août, les parents demandent sa sortie. On lui accorde un congé renouvelable, pendant lequel il essaie de travailler avec son père dans une fonderie de cuivre ; mais il est ramené par sa mère qui affirme qu'il aurait eu des *accès* (1) et que, d'autre part, on ne peut l'employer nulle part à cause de son tremblement.

D'après la mère, l'*accès* arrive tout d'un coup, sans cri, et aurait les caractères suivants : chûte sur le côté droit (?), rigidité générale. Il n'y aurait pas de secousses cloniques ni de ronflement ni de bave ou écume, ni d'évacuations involontaires. Il se relève au bout de 5 minutes avec une exagération du tremblement des bras sans exagération du tremblement de la tête. Souvent il a, à quelques minutes d'intervalle, deux au trois crises.

Une amélioration notable est remarquée pendant le second semestre de l'année. B... est attentif aux leçons orales, sa tenue est plus correcte. Il prend goût surtout à la gymnastique, à la danse et au chant. L'écriture est toujours très tremblée.

1890. *Janvier* et *février*. — Légère *angine érythémateuse*

(1) Voir dans le *Compte rendu* de 1884 Bourneville et Bricon, *Du curare dans l'épilepsie*, page 70.

(1) Son congé a été de 3 mois ; il aurait eu une douzaine d'accès.

en janvier et en février. Au mois de *mars*, il prend une part active à une sorte de rébellion de quelques malades du service. Il brise des vitres et des chaises ; on le met en cellule où il reste cinq jours.

On constate, durant cette année, de notables progrès au point de vue intellectuel mais son caractère lui attire l'inimitié de ses camarades dont il recherche cependant la fréquentation. Sa tenue est souvent encore très négligée, sale. Il se sert d'expressions dont la grossièreté ne le cède en rien à celle de ses allures. — Le *tremblement*, toujours très-accusé, l'empêche de rendre des services à l'atelier de serrurerie où il est entré. Il n'aime que le chant, la danse et la gymnastique. Très-fumeur ; il se serait livré à des *excès de boisson* pendant son congé. Il est impressionnable et paraît prendre plaisir à la lecture des drames ou des poésies.

Puberté : Fines moustaches brunes ; collier de poils noirs encadrant le menton et remontant sur les côtés jusqu'à la racine des cheveux. Poils assez abondants à la région sternale ; poils très longs et frisés aux aisselles. Les poils de la région pubienne envahissent la ligneblanche sous-ombilicale et les aines. — Verge : longueur 86^{mm} ; — circonférence 100^{mm}. Le prépuce étrangle un peu la base du gland ; le méat est normal ; les testicules sont du volume d'un gros œuf de pigeon. Bien que B... le nie, on croit qu'il se livre à l'*onanisme*. — Revacciné sans succès le 25 décembre.

1891. — On note quelques progrès intellectuels et une amélioration générale. Son caractère n'a guère changé ; il fait preuve souvent d'une grande forfanterie et se vante de commettre des actes qu'il ne met jamais à exécution. Sa tenue est mauvaise, ses vêtements en désordre. Il n'a de goût que pour la gymnastique et la danse ; on le nomme moniteur de gymnastique. L'escrime lui est presque impossible à continuer à cause du tremblement. Meilleur ouvrier ; toujours maladroit cependant.

1892. — Durant toute cette année, aucun progrès scolaire. — Le *tremblement* dont B... est atteint l'empêche de suivre tous les exercices de la classe. Il n'est pas méchant, mais toujours grossier dans ses expressions ; sa tenue est débraillée. Il a peu de soin de sa personne. Toujours très habile aux exercices de gymnastique et de danse. Quelques progrès à l'atelier de serrurerie.

Description du tremblement : Très léger tremblement de la langue ; la parole est assez libre (?), le malade parle un peu entre ses dents. Dans la station assise, il y a parfois un léger tremblement de la tête. Il saisit assez franchement les objets et les porte sans tremblement à sa bouche. Une règle étant placée entre les doigts du malade assis, on compte 28 oscillations en 15 secondes. Dans les grands mouvements ce tremblement des mains est à peine appréciable. Il le devient par l'interposition entre les doigts d'une règle ou d'un crayon ainsi que par l'écriture. Dans l'action de porter un verre à sa bouche, il n'y a presque pas de tremblement à gauche. Il est plus prononcé à droite et augmente à mesure que le verre approche de la bouche. Il ne peut se tenir debout sur une seule jambe que les yeux soient fermés ou non. La résistance du sol est nettement perçue. En marchant, il appuie davantage sur ses talons et l'on remarque que ses souliers sont usés au niveau du talon et en dehors. La *sensibilité* est intacte dans tous ses modes ; mais il y a une diminution très notable des réflexes rotuliens. — Le *traitement hydrothérapique* n'a jamais été interrompu.

1893. — En mars, il passe, comme atteint d'une maladie incurable dans la division des vieillards.

En juin, B... étant en congé va à la visite médicale devant le conseil de révision. On le reconnait propre au service armé, car s'imaginant que le service militaire lui sera bénéficiable, il n'a pas fait remarquer au médecin, chargé de l'examen des conscrits, qu'il était atteint d'une *affection incurable*, ayant nécessité son placement à Bicêtre. Envoyé à Lunéville le 19 novembre, il a participé à tous les exercices militaires pendant six semaines (2me bataillon de chasseurs). Réformé n° 2 le 20 décembre et libéré le 23 décembre.

1895. — Après sa libération, B... est rentré comme administré à Bicêtre où il est resté jusqu'au mois de septembre. Il travaillait comme plombier à la Salpêtrière. Il suivit alors les conseils de deux de ses camarades qui le décidèrent à partir avec eux au Havre pour s'embarquer ; mais, abandonné par eux à Rouen, il revint à Mantes en vivant de mendicité. Arrêté et enfermé à la prison de cette ville, il fût relâché après renseignements, et revint à Paris. Il a cherché à se placer comme serrurier. Il y réussit au mois de mai 1895. A la suite d'une blessure au pied, il fit un séjour de 10 jours à l'hôpital Tenon. A sa sortie, n'ayant pas de travail, il partit de chez ses parents et véeut de mendicité. Il entre alors de nouveau à Bicêtre où il est actuellement (1).

1897. 3 *juin*. — Bén.. dit que sa « paralysie » est toujours dans le même état. Il n'y a pas, actuellement, de nystagmus, mais le malade prétend que ses yeux « dansent quand il a beaucoup travaillé ». « Par moments, je parle assez bien, par moments, j'ai un zozottement. Lorsque je ne puis pas parler tout de suite, il m'arrive de me mordre la langue, à cause des efforts. » On le fait lire, il lit sans difficulté notable : « Il y a des moments où je lis des yeux sans pouvoir bien articuler. »

Si on lui ordonne de porter l'index droit sur le nez, il arrive au but, mais aussitôt le doigt et le nez tremblent. Le tremblement est moins prononcé avec l'index gauche. Lorsque le malade porte un verre d'eau à sa bouche, on note le tremblement caractéristique de la *sclérose en plaques*. Le tremblement de la tête, léger aujourd'hui, est souvent plus accentué.

Il aurait eu un *accès d'épilepsie* il y a trois jours. Il assure qu'il n'en avait pas eu depuis 1889. Travaillant comme aide-couvreur, il était sur un toit quand il s'est senti étourdi ; il est descendu et, en arrivant à terre, a perdu connaissance. Pas d'autres détails.

1898. 20 *janvier*. — B . déclare ne pas avoir eu d'*accès* depuis sa dernière visite. — Il a eu quelquefois des *céphalalgies*, mais pas de *vertiges* : « Mes yeux dansent souvent », dit-il — Le *tremblement* aurait notablement diminué au bras gauche et augmenté un peu à droite, surtout dans l'acte de boire. — Aujourd'hui, la parole est assez libre, non scandée : « Parfois, elle s'arrête ». Tremblement assez prononcé des lèvres et surtout de la langue quand il la laisse allongée durant quelque temps. Pupilles égales ; pas de nystagmus.

B.. raconte qu'il vit maritalement avec une modiste (?) : qu'il a exercé le métier de fumiste ; que le soir il est machiniste au théâtre des Batignolles et gagne 1 fr. 50 par soirée. Il vient pour avoir un certificat constatant son internement à Bicêtre parce que, il y a quelques jours, à la sortie du théâtre, un meurtre a été commis et que la police a ramassé tous ceux qui se trouvaient là et lui parmi eux. On l'a conduit au poste, de là au Dépôt. Ayant déclaré au juge d'instruction qu'il avait été à Bicêtre, il a obtenu, prétend-il, la permission de venir chercher son certificat.

3 *juin*. — Il dit que sa maîtresse l'a quitté il y a huit jours. Le côté droit serait devenu beaucoup plus faible ; hier et avant-hier il serait tombé par terre. Le tremblement de la tête serait plus intense. La parole, parfois, est presque inintelligible. Il vient nous demander de le faire entrer à l'Infirmerie générale afin de faciliter sa réadmission dans l'hospice. *(Période d'exacerbation)*.

1900. 16 *mars*. — Ce matin le malade est dans une *véritable période de rémission*. — *Debout*, pendant assez longtemps, la tête ne tremble que très peu, contrairement avec l'agitation qu'elle présentait à la dernière visite. — Il en est de même des bras, qui demeurent immobiles le long du tronc. — *Assis*, le tremblement de la tête est encore plus léger ; les bras appliqués sur le corps et les mains sur les cuisses on ne note pas de tremblement. B... se lève régulièrement de sa chaise. Lui-même fait remarquer que dans ses périodes de faiblesse en se levant de sa chaise, il retombe. — Il monte et descend les escaliers avec une flexion exagérée des jambes, la pointe des pieds en dehors. Les pieds sont raides, ne fléchissent pas, portent à plat. Durant les exercices de danse, qu'il exécute tous convenablement, le tremblement diminuerait. Après, la

(1) Cette partie de l'observation a été prise par nous avec la collaboration de M. Lombard, un de nos internes de 1895.

tête tremble davantage. Dans la marche, qui se fait en fauchant, il écarte beaucoup les jambes et lève les pieds.

Le *côté droit* est toujours *plus faible*. — B... travaille actuellement à des travaux de terrassement à la Salpêtrière. Il dit que le soir, sous l'influence de la fatigue, en rentrant à Bicêtre, il boite de la jambe droite et que, couché, la tête saute sur l'oreiller jusqu'à ce qu'il s'endorme.

La comparaison de l'*écriture* de ce jour (16 mars 1900) avec celle du 5 juin 1893 met tout à fait en évidence l'amélioration actuelle du tremblement.

L'*acte de boire* montre toujours le tremblement caractéristique avec la main droite. Avec la main gauche, le malade porte presque sans trembler le verre à sa bouche. Avec la cuiller même différence. Habituellement, B... mange de la main gauche.

« Les yeux vont bien, dit-il, mon œil droit saute moins maintenant et mon œil gauche ne saute jamais. » Il ajoute que la vue, qui est parfois affaiblie, surtout à droite, est bonne actuellement et qu'il ne voit pas double, ce qui lui arrive par périodes. En chantant, à toute époque, le tremblement de la voix est moins accusé. Bien qu'il y ait encore un peu de tremblement de la pointe de la langue, il prononce bien les mots (aujourd'hui), même les consonnes *l*, *g*, *p*.

Pas de douleurs fulgurantes. Station et marche non modifiées par l'occlusion des yeux ni l'obscurité. Conservation de la notion de position. Au dynamomètre, pris pendant cinq jours, on note : 36 à droite, 40 à gauche. — B..., après les rémissions que nous avons mentionnées, aurait eu une douzaine d'*accès épileptiformes* en 1899.

Tableau du poids et de la taille.

	1888 Janv.	1888 Juill.	1889 Janv.	1889 Juill.	1890 Janv.	1890 Juill.	1891 Janv.	1891 Juill.	1892 Janv.	1892 Juill.
Poids	[illegible] k	[illegible].400	[illegible]	[illegible]	60 k.	62.500	63 k	64.100	66 k.	68.400
Taille	1m 56	1m 59	1m 60	[illegible]	1m 60	1m 64	1m 65	1m 66	1m 65	1m 65

	1893 Janv.	1893 Juill.	189[illegible]	1896	1897	1898
Poids	70 k	70.500	[illegible]	68.300	68.600	67.900
Taille	1m 65	1m 65	[illegible]	1m 65	1m 65	1m 65

En 1899 : *Poids*, 67 k. 400 ; — *taille*, 1 m 65.

Au point de vue sexuel, B.. dit avoir assez souvent des rapports, en général par périodes et sans excès. Il a eu, l'an dernier une *blennorrhagie* qu'il a traitée lui-même par des injections de permanganate de potasse. A cet égard, comme à quelques autres, nous ne devons accepter ses déclarations que sous réserves car il n'a pas toujours été d'une véracité indiscutable.

De 1896 à 1900, les trois premières mensurations sont restées les mêmes ainsi que la hauteur du front. Le diamètre antéro-postérieur s'est élevé de 18,2 à 19,5 ; — le bi-auriculaire de 13,6 à 14 ; — le bi-pariétal de 14,5 à 15.

Tableau des Accès.

MOIS.	1882		1883		1884		1885		1886		1887	
	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.
Janvier	—	—	48	»	»	»	18	»	»	»	»	»
Février ..	—	—	20	»	1	»	»	»	»	»	»	»
Mars	—	—	6	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Avril	—	—	1	»	3	»	»	»	»	»	»	»
Mai	—	—	»	»	»	»	18	»	»	»	»	»
Juin	—	—	»	»	»	»	6	»	7	»	»	»
Juillet	—	—	»	»	5	»	»	»	8	»	»	»
Août	—	—	»	»	1	»	6	»	»	»	»	»
Septembre .	105	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»
Octobre	25	10	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»
Novembre ..	6	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Décembre ..	83	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Totaux ..	219	20	75		11	»	44	»	15			»

Reflexions. — I. *Antécédents héréditaires.* Du *côté paternel*, *excès de boisson* du père, *démence sénile* de l'un de ses arrière-grands-pères ; *tuberculose* chez plusieurs grand'tantes et cousins. — Du *côté maternel*, mère *nerveuse*, crises convulsives accidentelles, stigmates de dégénérescence ; — grand-père maternel, *excès de boisson*, mort *aliéné* ; cousine, *chorée* de l'enfance. — Enfin un *frère* a eu des *convulsions* et un autre a été traité dans le service pour des attaques d'hystérie (Voir p. 141 du *Compte rendu* de 1899).

II. *Antécédents personnels.* — A 3 ans, quinze jours après une *peur*, *état de mal convulsif* pendant treize heures. Durant douze jours, torpeur voisine du coma, qui aurait fait penser à une *méningite* (?). Consécutivement : 1° *perte de la parole* qui ne se rétablit progressivement qu'au bout de quatre mois ; elle n'était plus normale comme avant les convulsions mais *bégayante* ; — 2° *paralysie* des quatre membres prédominant à droite, qui s'améliora peu à peu en deux mois ; — 3° *tremblement* des mains et de la tête ; — 4° *déviation de l'œil* droit qui persista environ six mois ; — 5° *nystagmus* ; — 6° *céphalalgies* revenant à intervalles assez éloignés ; — 7° *diminution de l'intelligence*.

De 4 ans à 9 ans et demi la situation n'aurait pas changé. Il n'eut, comme nouvel accident nerveux, qu'une *congestion cérébrale* (?) à l'âge de 4 ans.

III. Aux symptômes habituels s'ajoutent en janvier 1882 (9 ans et demi) des *vertiges*, en mars des *fugues*, en juin, quelques jours après une *grande frayeur*, des *accès épileptiformes*.

IV. Y a-t-il eu une véritable *méningite* ? Le médecin aurait prononcé ce mot. L'affaiblissement intellectuel consécutif à l'état de mal, à ses suites, et ultérieurement la diminution de l'intelligence et surtout de la mémoire durant l'année qui a précédé l'admis-

sion à Bicêtre, pourraient plaider, peut-être, en faveur de l'existence de *lésions méningitiques* compliquant la *sclérose en plaques disséminées*. En tout cas, ces lésions sommeilleraient depuis longtemps, car nous n'avons pas remarqué, de 1882 à ce jour, les symptômes ordinaires de la *méningite chronique* si ce n'est une irritabilité transitoire du caractère.

V. Le malade, à son entrée, nous était signalé comme atteint d'*épilepsie* (accès et absences), compliquée d'*accidents paralytiques passagers* avec *aphasie temporaire*. Un examen attentif nous a bientôt montré que l'épilepsie, la paralysie, l'aphasie — et le reste sur lequel nous reviendrons — n'étaient que des manifestations pathologiques de la maladie principale, qui ne paraît pas avoir été reconnue, la *sclérose en plaques disséminées*, dans sa forme la plus complète, c'est-à-dire la *forme cérébro-spinale*.

Avant les convulsions, Bé... était tout à fait *normal*, suivant les dires réitérés de sa mère. C'est l'*état de mal convulsif*, grave et prolongé, avec les nombreux accidents consécutifs qui l'ont suivi, qui a été l'origine de la maladie, cause de son admission dans le service, et dont nous allons discuter le *diagnostic*.

VI. *a* Le symptôme qui attire tout d'abord l'attention, c'est le *tremblement*. Dans la *station verticale*, il intéresse tout le corps, tête, tronc, membres, plus prononcé pourtant dans les membres du côté droit. Dans l'acte de porter une cuillère à la bouche et surtout dans l'acte de boire, il se manifeste avec les caractères spéciaux au tremblement de la sclérose en plaques. Les oscillations s'accentuent à mesure que le malade approche du but, sans s'écarter de la direction générale du point de départ au point d'arrivée, sans offrir ni les gesticulations de la *chorée*, ni, au moment de la préhension du verre ou de la cuiller, les mouvements exagérés des doigts et les contorsions de la bouche qu'on observe dans l'*athétose*.

Dans la *station assise*, les bras et les jambes sont immobiles ; seule, la tête tremble, mais moins que dans la station verticale. Au lit, ou mieux dans le *décubitus dorsal*, peu après le coucher, tout le corps, y compris la tête, est immobile.

Il serait superflu de comparer ce tremblement, sinon pathognomonique tout au moins capital de la *sclérose en plaques*, avec le tremblement de la *paralysie agitante*, maladie de l'adulte ou de l'âge avancé et dont nous n'avons jamais vu d'exemple parmi les très nombreux enfants que nous avons observés.

b Un autre symptome, la *paralysie*, avec ses caractères particuliers, vient à l'appui de notre diagnostic.

L'*état parétique*, car il ne s'agit pas là d'une véritable paralysie, est apparu, ce qui est une exception, dès le début. Il a toujours été plus prononcé dans le bras et la jambe du côté droit. Il ne s'est jamais accompagné d'aucun trouble de la sensibilité, ni d'aucun des signes de l'*ataxie locomotrice*, ni, jusqu'ici, de paralysie des sphincters. A aucun moment non plus, il ne semble y avoir eu d'accès de *rigidité* et, partant, d'*épilepsie spinale*. Les muscles ont conservé leur volume et leur énergie puisque le malade est capable de se livrer à des travaux qui exigent un déploiement sérieux de force musculaire.

La *marche*, un peu titubante, s'effectue sans difficulté et le malade, quoique avec un peu de fatigue, fait quotidiennement le voyage, aller et retour, de Bicêtre à la Salpêtrière.

L'état parétique n'offre pas toujours la même intensité. Parfois, le malade marche avec assez d'aisance, d'autres fois lourdement et, alors, il lui arrive de tomber.



c Relevons maintenant les *symptômes céphaliques*. Ils sont tous présents : *amblyopie, diplopie, nystagmus, céphalalgies, embarras de la parole*. Les détails que nous avons donnés au cours de l'observation nous dispensent d'insister davantage. Toutefois, en ce qui concerne la parole, nous devons dire que la mère du malade et lui-même nous ont déclaré spontanément qu'il y avait souvent une pause entre chaque syllabe et que, parfois, la parole devenait presque inintelligible, phénomènes que nous avons d'ailleurs constatés.

d Il n'est pas enfin jusqu'aux *accidents épileptiformes* qui ne soient de nature à confirmer notre opinion.

Les *absences*, pour employer l'expression même des parents, ou plus exactement les *vertiges*, car les accidents s'accompagnaient de phénomènes gyratoires (les objets tournaient autour de moi, dit le malade), se sont montrés le plus souvent, dans le service, par périodes intermittentes et ont disparu même durant

un long temps, autant qu'on a pu le constater. Mais, à cet égard, nous n'avons pas de certitude, car nous n'avons guère pour nous renseigner que le malade, dont l'intelligence est débile, et les infirmiers qui, changeant trop fréquemment, n'attachent pas assez d'importance à ces accidents et ne les notent pas, malgré nos recommandations incessantes, avec l'exactitude scrupuleuse qui conviendrait.

Les *accès épileptiformes* ont paru six mois après les vertiges, provoqués probablement par une émotion vive. Ils ont été nombreux dès le début et sont restés tels pendant les six ou sept premiers mois de son séjour à Bicêtre, ont diminué à partir de là jusqu'en juillet 1886, puis disparu jusqu'en 1889 où il en est survenu quelques-uns. Nouvelle rémission de 1889 à 1899, année durant laquelle il aurait eu une douzaine d'accès. D'après la description qui nous en a été donnée, il s'agirait plutôt d'*accès épileptiformes* que de véritables *accès d'épilepsie*.

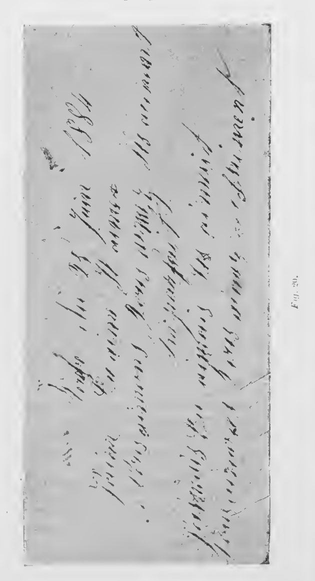


Fig. 20.

VII. Les *rémissions* notées dans la *marche de la maladie*, portant sur le *tremblement* — les spécimens de l'écriture les mettent bien en relief (*fig.* 20, 21, 22, 23 et 24) — l'*état parétique*, les *symptômes céphaliques* et les *accès épileptiformes* confirment aussi la réalité, chez B..., de la *sclérose en plaques*. A en juger d'après nos cas personnels, la sclérose en plaques, qui débute dans l'enfance, aurait une marche bien plus lente que la sclérose en plaques de l'âge adulte et se compliquerait, parfois, de *paraplégie spasmodique*.

VIII. Nous remarquons chez B..., au point de vue de la *physionomie* l'aspect signalé par M. Charcot dans ses admirables leçons sur la sclérose en plaques : Le regard est *vague, incertain* ; les lèvres sont parfois tombantes, le plus souvent entr'ouvertes ; les traits expriment l'hébétude, en rapport, du reste, avec son état intellectuel (*Fig.* 19).

IX. La prédominance du tremblement et de la paralysie à droite, jointe à l'apparition simultanée de ces symptômes primordiaux, constituent deux caractères particuliers et rares du cas que nous discutons.

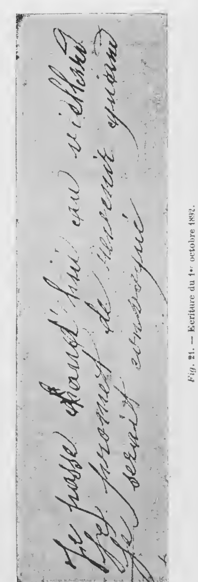


Fig. 21. — Ecriture du 1er octobre 1892.

X. Les certificats d'entrée faisaient mention, en outre de l'épilepsie et de paralysies passagères, etc., de l'existence, chez le malade, d'un « niveau mental faible », de « débilité mentale » ainsi que de troubles moraux (fugues, vagabondage), en un mot d'*imbécillité* et d'*instabilité mentale*, sans perversion proprement dite des instincts. Tous les renseignements sur son écolage et sur sa conduite dans le service ne laissent aucun doute sur l'exactitude de cette partie du diagnostic.

XI. Le *traitement médico-pédagogique* a produit chez ce malade une certaine amélioration au point de vue intellectuel et a enrayé dans une certaine mesure la marche de la sclérose en plaques. Cette maladie a offert une aggravation depuis la sortie de B... et la suppression de tout traitement : ni douches, ni gymnastique, etc.

XII. Actuellement, aux asiles de Bicêtre et de la Salpêtrière, les médecins demandent et obtiennent le passage du quartier d'aliénés dans les divisions de ces

hospices d'un certain nombre de malades suffisamment améliorés pour ne pas être maintenus dans les sections d'aliénés, mais auxquels il reste un degré plus ou moins prononcé de débilité mentale ou atteints de maladies incurables ou d'infirmités qui les mettent dans l'inca-



Fig. 22. — Tracé d'une ligne horizontale d'un point à un autre (5 juin 1898).

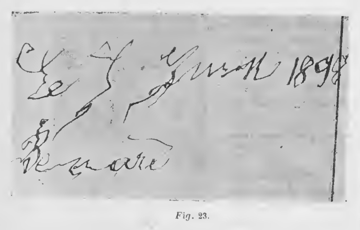


Fig. 23.

pacité de travailler suffisamment pour subvenir à leurs besoins. A partir de leur passage, ils jouissent, dans l'hospice, d'une liberté absolue ; aussi n'est-il pas rare qu'il leur arrive des aventures analogues à celles de Bén... Les malades de cette catégorie devraient être soumis à un règlement spécial, ne sortir qu'à

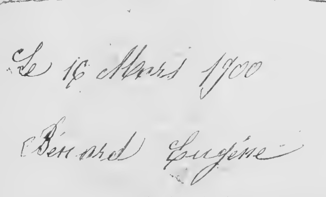


Fig. 24. — La comparaison du tracé ci-dessus d'un point à un autre avec le même tracé (*fig.* 22) montre le degré de rémission constaté à la date du 16 mars 1900. La comparaison des écritures (*fig.* 23 et 24) n'est pas moins démonstrative.

des jours fixes et n'avoir qu'une demi-liberté. On éviterait ainsi, à eux et à l'Administration, de nombreux désagréments. Rien ne serait plus facile d'ailleurs que de les réintégrer dans le quartier des aliénés dans le cas où ils présenteraient de nouveaux troubles intellectuels, ce qui vaudrait mieux que de les renvoyer, sous prétexte de punition, et de les livrer à la rue, vagabonds ou instruments de vol, souteneurs ou prostituées.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Aliénés méconnus et condamnés.

La question des aliénés, *condamnés* par les tribunaux, malgré la réalité de leur aliénation, a été l'objet de nombreuses discussions dans la presse spéciale, à la *Société médico-psychologique*, dans les Sociétés analogues de différents pays, dans les Congrès des aliénistes et neurologistes, nationaux ou internationaux (1). Il n'est pas jusqu'à la Commission de surveillance des asiles de la Seine qui, en maintes circonstances, n'ait été appelée à s'intéresser à des malades ayant été l'objet de poursuites et de condamnations.

Malgré les protestations des médecins, en dépit des faits nombreux qu'ils signalent à l'Administration et à l'attention publique, les tribunaux n'en continuent pas moins à *condamner* des *malades*, que leur affection mentale rend absolument *irresponsables*. Deux faits récents.

Un des enfants de notre service, atteint d'imbécillité à un degré prononcé, probablement due à des lésions méningitiques, a la manie de s'évader. En juin dernier, étant en évasion, il commet un délit, on l'arrête, on le déclare irresponsable en raison de son âge et n'ayant sans doute pas consulté son dossier, qui est à la Préfecture de Police, à côté de lui, au lieu de réintégrer l'enfant à Bicêtre, le tribunal l'expédie dans une maison de correction... d'où il nous est revenu en avril 1900. Cas intéressant dont nous reparlerons.

Le second fait est plus grave. Nous en reproduisons l'exposé d'après le journal *Le Temps* du 16 mai, ne voulant point, par un résumé même aussi exact que possible, être accusé d'exagération.

« Le conseil de guerre maritime (de Brest) a jugé hier le nommé Brunet, *âgé de dix-neuf ans*, soldat au 2e régiment d'infanterie de marine, poursuivi pour divers délits et notamment pour voies de fait envers un sergent à l'occasion du service. Pendant l'information, Brunet fut mis en observation à l'hôpital maritime.

« A l'audience, les *deux médecins* qui l'ont examiné *déclarent qu'ils ne peuvent conclure à la responsabilité*. Au surplus, les témoins disent que Brunet était considéré au régiment comme un *détraqué*. Le commissaire du gouvernement Denès, chef de bataillon d'infanterie de marine en retraite, n'en a pas moins conclu à la PEINE DE MORT. Me Bodet, chargé de défendre Brunet, a refusé de plaider, disant :

« Je ne répondrai point au réquisitoire que le commissaire du gouvernement a établi avec une « sévérité romaine ». Si j'avais eu connaissance du dossier avant d'avoir été désigné, j'aurais formellement refusé de me présenter à la barre pour assister *un dément*, et pour couvrir de ma robe d'avocat une formalité qui prescrit un défenseur à peine de nullité. *Ce serait la deuxième fois que dans l'espace de deux mois environ j'aurais à assister un fou devant le conseil.* C'EN EST TROP ! Je ne puis me résoudre à jouer un pareil rôle. *Un fou n'a pas besoin d'être défendu parce qu'il ne doit pas être accusé.* J'estime que ce serait m'abaisser à mes propres yeux que de discuter l'accusation, que de vous demander d'écarter la peine capitale, *car vous enver-*

(1) Voir surtout le rapport de M. le Dr Taty et la discussion dont il a été l'objet au Congrès de Marseille (avril 1899), ainsi que les statistiques de MM. Magnan, Pactet, Lemesle, H. Monod, etc.

riez aux travaux publics pendant une dizaine d'années un IRRESPONSABLE DONT LA PLACE EST DANS UN ASILE D'ALIÉNÉS. »

« Brunet a, malgré cela, été condamné à un an de prison, le conseil ayant retenu contre lui le délit de bris de clôture. »

Si le premier fait montre avec quelle insouciance certains magistrats font leur instruction et jugent, sans même réclamer les dossiers de la Préfecture de Police, le second fait met en relief l'inaptitude à juger des Conseils de Guerre. Comment *deux médecins* MILITAIRES examinant un inculpé qui, en raison de son âge, *dix-neuf ans*, avait droit à quelque bienveillance, déclarent qu'*ils ne peuvent pas conclure* à la responsabilité; les témoins disent qu'au régiment on considère ce malheureux comme un *détraqué;* l'avocat proteste contre la tâche qui lui est imposée, disant avec raison « qu'un *fou* n'a pas besoin d'être défendu parce qu'il ne doit pas être accusé », et le Conseil de Guerre condamne ce *fou* à un an de prison! Et M. Brunet, l'avocat, ajoute : « Ce serait la deuxième fois que, dans l'espace de deux mois environ, j'aurais à assister *un fou* devant le Conseil : c'en est trop! » En face de faits semblables, on ne peut que s'associer à la protestation indignée de l'avocat. Il appartient au président du Conseil, M. Waldeck-Rousseau : 1° de faire procéder d'urgence à une enquête en ce qui concerne ce malade, car nous ne supposons pas qu'il accepte la thèse du Commissaire du Gouvernement réclamant contre un *fou* la *peine de mort ;* — 2° de hâter l'examen des projets de loi relatifs à la suppression, en temps de paix, des Conseils de guerre. Aux militaires à se mettre en mesure, par un travail continu, de défendre la Patrie contre l'étranger, aux *juges* à *juger !* B.

A propos de secours médicaux à domicile à Paris.

Les modifications notables qui ont été apportées dans l'organisation de l'assistance médicale à domicile, ont donné à Paris, dans ces dernières années, les meilleurs résultats. Grâce au nouveau mode de recrutement des médecins, à la création des dispensaires, à celle de pharmacies municipales dans de nombreux arrondissements, l'on est parvenu à soigner convenablement chez eux un grand nombre de malades, surtout des vieillards et des enfants, qui diminuent aussi considérablement la clientèle des hôpitaux, et de ce fait, permettent à l'Assistance publique de réaliser une économie considérable. Ces améliorations ont été le fait du Conseil municipal et de l'Administration, mais une large part revient incontestablement à la *Société médicale des bureaux de bienfaisance* qui, avec une persistance inlassable et une ténacité inébranlable est parvenue en quelques années à obtenir beaucoup. Celui qui, plus tard, compulsera les bulletins de la Société se rendra compte de tout le chemin parcouru, de ce que peut la persévérance de quelques médecins modestes et convaincus, et il sera surpris de l'effort considérable et continu que parfois nécessite la conquête d'une réforme insignifiante en apparence, et que l'intérêt de tous a fini par imposer. Il serait malséant de faire plus longtemps ici l'apologie bien méritée de nos collègues des bureaux de bienfaisance, bien qu'ils n'aient pas encore obtenu la considération et le respect dus à leurs réels services, mais il nous suffira d'exposer quelques-uns des désidérata qu'ils ont formulés et qu'ils n'ont pu réaliser pour montrer à quels obstacles ils se buttent en poursuivant simplement et logiquement le seul intérêt des indigents malades.

Le rôle du médecin traitant à domicile ne doit pas seulement consister à faire bénéficier le malade d'une visite de consolation médicale, et à noircir un certain nombre de feuilles de papier administratif; ce rôle doit se rapprocher le plus possible de celui du médecin praticien dans sa clientèle ordinaire ; de tout temps ce désir a été exprimé par la Société médicale, et malheureusement il n'est qu'en partie réalisé.

Le formulaire pharmaceutique récent est largement pourvu, et ce n'est pas le manque de variété des remèdes qui limite l'action du médecin; mais à côté des remèdes, il est d'autres procédés thérapeutiques précieux sans lesquels le traitement d'un certain nombre de maladies est une plaisanterie funèbre : or ces moyens, réclamés mille fois par les médecins du traitement à domicile, n'ont jamais été mis à leur disposition. Quelques exemples entre mille donneront une idée de l'impuissance trop fréquente du médecin des pauvres :

La tuberculose est actuellement à l'ordre du jour, il est universellement reconnu que le traitement médicamenteux de cette maladie est tout à fait secondaire et que l'aération et la suralimentation sont les seuls remèdes efficaces. Nous ferons grâce au lecteur de toutes les réclamations, de toutes les suppliques adressées aux pouvoirs publics à ce sujet, rien n'a encore été obtenu. Le médecin visite donc ses malades tuberculeux à domicile, il ne peut leur procurer l'air qui leur manque et encore moins les aliments qui font défaut, il assiste impuissant et navré à l'évolution fatale et rapide de la phtisie, et à force d'opium et de morphine, endort le mal qu'on ne lui permet pas de guérir. Cependant, dans les hôpitaux, les chefs de service ont le droit de prescrire du lait et de la viande crue. Le malheureux poitrinaire qui reste à la charge de sa famille, est-il moins intéressant que celui dont le hasard, le plus souvent, a seul permis l'hospitalisation.

L'époque des diarrhées infantiles approche, il est actuellement de notoriété publique, que seule la stérilisation du lait peut sauver le nourrisson au biberon. Là encore le genre d'alimentation est tout, les remèdes peu de chose. Des médecins des Bureaux de bienfaisance ont réclamé, une Commission du lait a été instituée il y a quelques années, tous ses membres sont convaincus de la nécessité de distribuer du lait stérilisé dans les dispensaires, mais cette Commission n'est pas parvenu à faire sortir les règlements de l'ornière administrative, et les enfants atteints de diarrhée meurent chaque jour en attendant du lait stérilisé. La plupart des municipalités cherchent, constatons-le, à remédier à cet état de choses, elles donnent, sur la demande du médecin, un secours de lait, mais ce secours demande plusieurs jours à être obtenu et, distribué en argent, il est souvent mal employé s'il n'est détourné de son but ; le plus souvent il ne sert que d'appoint aux frais des funérailles.

Les maladies infectieuses : fièvre typhoide, fièvres éruptives, sont traitées avec succès par la balnéation. Le moindre service d'hôpital a, à sa disposition, quatre ou cinq baignoires. Ne tentez pas de prescrire un bain au traitement à domicile. Les voisins savent qu'il y a dans la maison une maladie infectieuse ; s'ils ont, par hasard, une baignoire d'enfant, ils la refusent impitoyablement par crainte de la contagion, et si le médecin demande à l'Administration, jugez d'ici l'ahurissement qu'il provoquera et comment sera taxée son exigence. Cependant le bain est quelquefois indispensable: nous avons, par exemple, en traitement des enfants convalescents de scar-

latine, ils sont en pleine desquamation ; quelques bains savonneux hâteraient leur guérison et préserveraient famille et voisins, mais que faire? les parents ne peuvent s'offrir le luxe de bains à domicile, les débris épidermiques continueront à voltiger et la maladie se propagera en dépit des remèdes, des déclarations et des désinfections officielles. Cette question des bains n'est pas cependant d'aujourd'hui, puisqu'en 1836, Leuret, dans un intéressant rapport sur les secours à domicile, demandait le droit, pour les médecins des Bureaux de bienfaisance, de délivrer des bons de bains. Nous avons renouvelé, il y quelques mois, à la Société médicale cette demande, qui, après soixante ans de gestation, nous paraît devoir être à terme. Nous pourrions allonger indéfiniment cette liste, montrer ce qu'il y a d'illogique à un médecin de prescrire injections et lavements, quand chez le malade il n'est point d'instruments pour les administrer; combien encore il est difficile de pratiquer un accouchement dystocique dans un milieu que la misère rend peu aseptique et où tout fait défaut, surtout le linge blanc, mais nous aurions peur de fatiguer le lecteur. Les faits que nous citons suffisent à édifier les gens de logique et de bonne foi, et tant qu'on laissera subsister cet état de choses nous serons en droit de dire que, le plus souvent, l'action thérapeutique du médecin du traitement à domicile se borne au rôle insuffisant d'impuissant consolateur.

J. Noir.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 19 mai 1900. — Présidence de M. Troisier.

Cellules hépatiques infiltrées de rubigine, au cours de la cirrhose pigmentaire.

MM. Gilbert, Castaigne et Lereboullet. — La cellule hépatique ne peut emmagasiner le pigmentaire que si son fonctionnement est normal ou exagéré. Le foie insuffisant ne se pigmente pas, quels que soient les procédés expérimentaux mis en œuvre. Quand une cellule hépatique est infiltrée de rubigine, son fonctionnement n'est pas entravé par la présence du pigment dans son protoplasma. Le chimisme hépatique a même démontré que l'hyperhépatie anatomique et fonctionnelle est fréquente, alors que toutes les cellules hépatiques sont bourrées de rubigine. Dans les infiltrations pigmentaires du foie, on peut reconnaître deux ordres de causes : ou il s'agit d'une cellule hépatique normale qui emmagasine du pigmentaire formé aux dépens du sang extravasé ; ou bien c'est un foie en état d'hyperhépatie qui produit la rubigine aux dépens du sang non altéré. S'il y a hyperhépatie et lésion du sang, la pigmentation sera maxima ; c'est sans doute ce qui se passe au cours des cirrhoses pigmentaires, dans lesquelles l'abondance de rubigine a frappé tous les auteurs.

Identité du bacille lactique aérogène, et du pneumobacille de Friedlander.

MM. Grimbert et G. Legros. — Sur quatre échantillons étudiés de bacilles lactiques aérogènes, les auteurs constatèrent : l'immobilité, la non coloration par le Gram, l'absence de spores, des capsules dans le pus, le sang et les sérosités des animaux inoculés. Ces bacilles sont anaérobies facultatifs ; on peut les cultiver sur les milieux usuels ; sur gélatine en plaques, il faut noter l'aspect de plaques blanches à reflets porcelaines des colonies ; en piqûre, l'aspect d'un clou à large tête. Jamais de liquéfaction. sur eau peptonée (culture Collas) à 3 0/0, jamais il n'y a production d'*indol*. L'albumine cuite n'est pas modifiée ; le lait est rapidement coagulé par acidification, sans transformation de la caséine. Les nitrates sont transformés en nitrites, sans dégagement gazeux sur eau peptonée, avec dégagement d'azote et acide carbonique, en anaérobie et en présence des matériaux azotés du bouillon. Les bacilles font fermenter bouillon, lactose, saccharose, dextrine, mannite et glycérine, sans action sur la dulcite. Les produits formés sont de l'alcool éthylique, des acides acétique, lactique, succinique. Ce sont les mêmes réactions que le pneumo-bacille de Friedlander, et les auteurs concluent à l'inutilité d'une double dénomination.

Follicule clos de l'amygdale.

M. Retterer étudie les follicules clos de l'amygdale. Avec la méthode de Branca, il a conclu que les cellules libres trouvées au niveau des follicules clos amygdaliens sont dus à la décomposition cadavérique. Ce sont des cellules épithéliales qui tapissent les cryptes, non des cellules lymphatiques.

Toxicité du cacodylate de mercure.

M. Vayras. — Le cacodylate de mercure injecté soit par voie sous-cutanée, soit par voie intra-veineuse, donnent les résultats suivants. Les petites doses permettent la survie de l'animal ; si les doses dépassent 10 centigrammes pour le lapin, il y a amaigrissement et mort. Ce médicament peut être employé dans le traitement de la syphilis.

Suture croisée des nerfs.

MM. Calugareanu et V. Henri étudient la suture du bout central du pneumogastrique au point périphérique de l'hypoglosse ; du point central de l'hypoglosse au point périphérique du lingual. Ils observent ces variations dans la pression sanguine.

Influence des saisons sur les dépenses de l'organisme en pays tempérés.

M. Maurel étudie l'influence des saisons et conclut :

A. L'influence des saisons sur les dépenses de l'organisme : 1° Les variations de température peuvent doubler les dépenses ; 2° quelques degrés dans les variations mensuelles peuvent varier ces dépenses ; 3° il faut tenir compte de la température dans la ration d'entretien.

B. Influence du volume : 1° Pour les animaux les plus petits, les dépenses sont les plus élevées, et ces dépenses sont proportionnelles à leur surface, suivant la température ; 2° aux mêmes températures, ces variations de surface peuvent doubler les dépenses.

C. Influence de l'alimentation : 1° La quantité d'aliments (végétaux, animaux ou mixtes) varie d'après le nombre de calories que donnent ces aliments.

MM. Bourquelot et Laurent. — L'albumine de noix vomique et de fèces du Dr Laurent a de grandes analogies avec l'albumine des legumineuses. Les quantités de galactose et de monnoses diffèrent.

M. Phisalix étudie l'histogénèse des glandes à venin des serpents. Le canal excréteur des glandes closes se forme ultérieurement, par un procédé passif, mécanique, non par histogénèse active.

M. Camus étudie la coagulation du sang d'escargot et note le ferment fibrogène différent de celui du sang des mammifères.

E. P.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 18 mai 1900. — Présidence de M. Troisier.

Les cirrhoses biliaires splénomégaliques.

M. Chauffard propose une classification de ce genre de cirrhoses. Il les divise : 1° en cirrhoses hypertrophiques biliaires splénomégaliques où le volume du foie et de la rate augmentent proportionnellement ; 2° les cirrhoses hypertrophiques biliaires métasplénomégaliques où la rate est nettement atteinte avant le foie ; 3° les cirrhoses hypertrophiques biliaires présplénomégaliques où la lésion hépatique précède celle de la

rate. M. Chauffart reconnaît à Popoff la priorité sur les travaux de Gilbert et Fournier.

Traitement de la pneumonie par la levure de bière.

M. P. Marie signale de nombreux cas de guérison de pneumonie traités par l'injection de levure de bière. Il ne veut pas conclure encore à l'efficacité de ce traitement, car il n'ignore pas la fréquence des guérisons spontanées des pneumonies aiguës; néanmoins, il est persuadé que la levure a eu une heureuse influence sur la marche de la maladie.

Orchite typhoïdique.

MM. Launois et Lœper communiquent un cas d'orchite typhoïdique terminée par suppuration ; ils font part à ce sujet de quelques observations sur la réaction agglutinative et la diazoréaction dans la fièvre typhoïde.

Ostéo-arthrite à pneumocoque.

MM. Fernet et Lacapère ont soigné un homme atteint de pneumonie auquel survint une ostéo-arthrite du poignet. Dès le huitième jour une crépitation osseuse indiquait l'érosion des surfaces articulaires que la radiographie permit de constater. Le liquide séreux épanché dans l'articulation contenait le pneumocoque à l'état de pureté. J. N.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Erratum, — Par le fait d'une erreur typographique qui s'est glissée dans le compte rendu de la séance du 9 mai de la Société de thérapeutique (*Progrès médical*, n° 20, page 312), une communication *sur la thermatité des eaux minérales* a été attribuée à M. Roujean, c'est Bonjean qu'il faut lire.

REVUE DE THERAPEUTIQUE

Rédacteur special : M. le Dr Noir.

XI. — Les lavements alimentaires; par H. Frenkel. (*Arch. méd. de Toulouse*. 15 mai 1900.)

XI. — L'alimentation par le rectum s'impose dans de nombreux cas et il est probable que ce mode d'alimentation trouvera à l'avenir une application plus étendue. Pratiquement il est reconnu que le rectum résorbe très bien les hydrates de carbone, un peu moins bien les albumines et très peu les graisses. L'auteur étudie plus spécialement l'*emploi des albumines par lavements alimentaires*. On peut se servir d'albumine crue (blanc d'œuf), d'albumine soluble (synt nine, albuminates) sous forme d'albumoses ou de peptones. La caséine ne peut être utilisée qu'à un certain degré en préparation artificielles (nutrose par ex.).

Pour que les albumines se résorbent bien dans le gros intestin il est nécessaire d'y ajouter une certaine quantité de chlorure de sodium (Voit, Bauer, Eichhorst). Ewald a bien constaté que les œufs crus émulsionnés s'absorbaient bien dans le rectum sans sel marin. Mais Huber a constaté que l'addition de ce sel favorisait encore plus la résorption rapide de ces œufs. Leube a depuis près de trente ans expérimenté les lavements aux blancs d'œuf. Ces lavements s'absorbant lentement et assez bien, mais il faut avoir le soin de donner de petits lavements auparavant pour nettoyer le rectum et empêcher les bactéries de putréfier l'albumine, cette putréfaction déterminant une inflammation assez vive de l'intestin. Les peptones sont beaucoup plus vite dégénérés. Si après trois heures on les retrouve encore dans l'intestin, elles ne s'y trouvent plus six heures après. Ces peptones sont bien assimilés, car on a bien constaté qu'une fois administrées par voie rectale, elles ne se rencontraient pas dans les urines. Les peptones sont néanmoins difficiles à utiliser, car si on dépasse 80 grammes pour 250 grammes d'eau, les peptones se putréfient et irritent l'intestin. Les peptones sont quelquefois moins utilisables que le blanc d'œuf, car pour que le côlon les absorbe rapidement, il faut que sa muqueuse soit intacte. Quant aux dérivés de la caséine (Salkowski, Rohmann) on n'obtient que de médiocres résultats; Brandeburg a démontré que 40 0/0 seulement de leur azote sont résorbes par l'intestin.

XII. — Le dormiol, nouvel hypnotique; par Peters, (*Münch. med. Wochenschr.*, avril 1900.)

XII. — Le dormiol est un composé d'hydrate de chloral et d'hydrate d'amyle. Son aspect est huileux; il est faiblement caustique et a un goût frais et camphré. M. Peters l'a administré sous forme de solution aqueuse au dixième dans du lait ou dans des capsules de gélatine, à la dose de 0 gr. 50 chacune. Il donnait environ 2 grammes de dormiol, ou était obligé d'atteindre cette dose pour obtenir des effets satisfaisants. Après avoir pris toutes les précautions voulues pour éviter la possibilité d'une suggestion, M. Peters a obtenu d'excellents résultats chez les malades les plus divers : névropathes, cardiaques, asthmatiques, malades atteints de lésions variées du foie, du cœur, etc. Aucun malade ne ressentit au réveil de sensation de fatigue. Son emploi serait inoffensif et M. Peters l'a administré sans inconvénient chez un urémique atteint de néphrite interstitielle.

Cet hypnotique a une valeur au moins égale aux autres médicaments de même genre plus répandus. Il a l'incontestable avantage d'être peu coûteux et de ne pas être désagréable au goût.

XIII. — Emploi de l'orthoforme dans le traitement des gerçures du mamelon; par M. Oui. (*Echo méd. du Nord*, 20 mai 1900.)

XIII. — M. Oui a expérimenté l'orthoforme comme analgésique dans les gerçures du mamelon après avoir connu les brillants résultats obtenus par M. Maygrier. Ce dernier se servait de trois procédés : 1° poudre d'orthoforme avec pansement sec ; 2° poudre d'orthoforme avec pansement humide ; 3° orthoforme en solution alcoolique saturée. M. Oui préfère ce dernier procédé qu'il considère comme plus antiseptique. Dans neuf observations, M. Oui a obtenu sept succès, une amélioration et un résultat nul. L'analgésie est obtenue par une application d'un quart d'heure environ avant la tétée. Il est inutile de faire de plus longues applications qui pourraient dans certains cas déterminer des éruptions médicamenteuses que M. Brocq a déjà signalées à la Société de dermatologie.

XIV. — Traitement du mal de mer par les inhalations d'oxygène sous pression ; par Du Tremblay. (*Monde medical*, mai 1900.

XIV. — Une nouvelle application de l'oxgène en thérapeutique est le traitement du mal de mer. Employé d'abord dans ce but par le Dr Dubois (de Lyon), puis expérimenté plus longuement par le Dr du Tremblay, ce gaz a donné d'excellents résultats, calmant nausées et vomissements, déterminant une sensation de bien-être, puis le calme et même le sommeil. Sous son influence, les battements du cœur se régularisent et la céphalalgie disparaît. Pour obtenir ces bons effets, il est indispensable que le malade se ferme les narines pour ne respirer que de l'oxygène, qu'il aspirera régulièrement en faisant de grandes inspirations. Trente à quarante litres de gaz suffiront le plus souvent, et l'on pourra répéter les inhalations, selon les circonstances, sans le moindre inconvénient.

XV. — Durée de l'immobilisation dans les phlébites par Mérigot de Treigny. (*Journ. des Praticiens*, 19 mai 1900.)

La fixation de la durée d'immobilisation dans les phlébites est un des plus grands soucis du médecin. L'anatomie pathologique nous apprend que parfois le caillot, dès le septième jour, est adhérent (de Brun), d'autre part il peut être libre durant des mois (Vaquez). Damaschino, tout en remarquant qu'au bout de 10 ou 15 jours le caillot devenait difficile à détacher, ne le considérait comme définitivement fixé qu'un mois et demi après le début de la phlebite. Schmitt fixe à deux mois la durée de l'immobilisation, mais l'auteur fait remarquer qu'il n'est pas rare de voir survenir des accidents d'embolie 40 et 50 jours après l'accouchement, 45 jours après le debut d'une fièvre typhoïde, 72 jours après une fracture. Enfin, nombre d'auteurs, rappelant une observation de Thirial dans une clinique de Trousseau, pensent qu'au bout de trois

mois la mort subite est possible. Ce dernier fait mérite examen et ne peut servir à conclure, car le malade a eu indiscutablement plusieurs poussées de phlébite. Il faut donc sérieusement surveiller l'évolution de la maladie, et l'élévation de la température sera un guide sûr indiquant la possibilité d'une nouvelle poussée de phlébite. Il faudra tenir compte de la persistance de la douleur et de sa localisation dans une région nouvelle. On se défiera d'une extension brusque et persistante de l'œdème et de l'arrêt de l'amélioration franche de l'état général. En tous cas, la durée de l'immobilisation sera en moyenne de six semaines, de deux mois au maximum du début de la dernière rechute. Quand le Pr Pinard adopta 30 jours après la cessation de la fièvre, quand MM. Ribemont-Dessaignes et Lepage proposent 40 jours après le même moment, ils font des estimations analogues. Ce chiffre de six à huit semaines est insuffisant si au cours de la maladie on constate des signes capables de faire soupçonner une petite embolie (gêne respiratoire brusque, frisson, malaise, etc.) Il faudra encore exiger du malade six autres semaines de repos. On devra être prudent au début de la mobilisation, éviter les mouvements brusques, exiger l'application d'un appareil modérément compressif. L'auteur fait des réserves sur la pratique du Dr Dagron, qui conseille la mobilisation dès la disparition de la fièvre, le caillot n'étant mobile, à son avis, que durant cette période pyrétique.

XVI. — Des cures d'amaigrissement ; par M. le Dr E. Philbert (Hasseln et Houzeau, 1900.)

XVI. — M. E. Philbert rappelle les travaux antérieurs où il a traité ce sujet ; l'observation communiquée à l'Académie de médecine par M. le Pr Debove lui fournit l'occasion d'y revenir. Il s'agit d'un homme de 50 ans atteint de goutte, de gravelle et d'albuminerie dont la mère et l'un des frères sont comme lui obèses. A son entrée à l'hôpital, le 18 mars 1899, il pesait 147 kilos ; le 6 mars 1900 le poids était de 94 kilos. Il avait donc perdu 53 kilos en un an moins quelques jours. Ce résultat a été obtenu par une cure d'inanition, « d'abord par le régime lacté exclusif : de deux litres et demi le malade était arrivé à n'en prendre qu'un par jour ; plus tard, en novembre, comme il ne maigrissait plus, il fut soumis au régime suivant : légumes herbacés, œufs crus, salades herbacées, fruits (particulièrement pommes, poires, oranges) à discrétion. L'amaigrissement a repris, le malade a recouvré la santé et a toute son activité physique et morale ». Il sera intéressant de suivre ce malade et de savoir ce qu'il sera devenu lorsqu'il aura repris depuis quelque temps sa vie habituelle. Ce traitement a pu être appliqué à un malade séjournant à l'hôpital, ne se livrant à aucun travail, ne faisant aucun exercice. Il serait impossible de l'employer dans d'autres conditions.

M. Debove n'est pas partisan de la médication thyroïdienne qu'il considère « comme dangereuse, surtout si elle doit être continuée longtemps ». Dans une communication faite il y a deux ans sur les *troubles cardiaques chez les obèses*, M. Philbert avait insisté sur les inconvénients de ce mode de traitement.

M. Debove rapporte que son malade « avait essayé, vainement, de suivre chez lui un régime d'alimentation insuffisante, parce qu'il vivait dans sa famille, et qu'il lui était absolument pénible de s'abstenir de manger quand il était entouré de gens qui mangeaient abondamment. Le régime a été possible grâce à l'isolement, et cet isolement nous paraît nécessaire pour obtenir un résultat sérieux ». M. Philbert a déjà indiqué cette nécessité parce que, arrivé à un certain degré de la maladie, l'obèse n'a plus de volonté ; il est dans une apathie et une somnolence continuelles ; ne souffrant pas, il ne veut se soumettre à aucune médication. Il faut alors le soustraire au milieu dans lequel il vit et l'envoyer dans une station thermale. Là il écoute volontiers les conseils du médecin, il n'a aucun prétexte pour ne pas les suivre. Le bien-être qu'il éprouve par suite de son amaigrissement l'encourage à faire sérieusement son traitement dont il prend l'habitude et qu'il continue lorsqu'il est rentré chez lui.

L'auteur cite leurs observations analogues à celle de M. Debove où l'amélioration s'obtient sans avoir recours à l'inanition par une cure hygiénique à Brides. Il rappelle que cette cure consiste en eau minérale, en boisson amenant une légère purgation, bains, douches, massages ; lorsque le malade marche difficilement, il emploie des sudations obtenues par l'éclairage électrique, l'air chaud ou la vapeur. Il est nécessaire d'y joindre un exercice progressif qui est facilité par des sentiers aménagés dans ce but. Les malades mangent à leur faim, mais ils choisissent leurs aliments. Il ne conseille pas le régime sec qu'il considere comme dangereux chez les obèses qui sont généralement goutteux ou arthritiques. Il tâche d'obtenir la limitation des liquides absorbés et a l'habitude de peser chaque jour les malades qui désirent se rendre compte bien exactement de l'effet du traitement. Il obtient ainsi des tracés qui les intéressent beaucoup ; ils constatent les résultats obtenus qui les encouragent ; de plus, cela les empêche de faire des écarts de régime qui sont suivis généralement d'une augmentation de poids. Le pesage fréquent est nécessaire après la cure pour se mettre en garde contre la reprise de poids.

En terminant, M. Philbert croit que l'amaigrissement ne doit pas être trop rapide, à part les cas où la vie est en danger. Il est préférable qu'il soit lent, progressif et continu.

BIBLIOGRAPHIE

L'audition et ses organes ; par M. E. Gellé (Paris, F. Alcan, édit. 1899.)

L'auteur divise son livre en trois chapitres : dans le premier, consacré à l'excitant de l'ouïe et aux vibrations sonores, l'auteur expose leur nature, leur genèse, leurs modes de propagation. Le deuxième contient l'exposé des notions anatomiques indispensables à posséder, puisque c'est l'instrument que l'on va voir fonctionner. Des aperçus éclairés le figure en rendant la compréhension facile. Enfin l'auteur termine par l'étude de la sensation auditive. Celle-ci peut être le point de départ de réflexes d'adaptation, de défense uni ou binauriculaire et aussi des autres organes des sens (orientation) ; d'une volition ou excitation motrice volontaire (attention) ou d'une inertie ou inhibition (résolution) ; d'images acoustiques simples ou associées conventionnelles (musique, paroles) ou de l'éveil d'images visuelles (audition colorée) ; du rappel d'images auditives ou de représentations (mémoire) ou de leur perte (amnésie, amusie) ; d'excitation auditive (éducation) ou d'algies ou d'anesthésies diverses (douleurs) ; d'hallucinations (audition intérieure, souvenirs, créations harmoniques) ; de pensées, d'idées, de mots (langage intérieur) ou d'obnubilations (incapacité, trouble mental) ; d'excitations motrices, d'adaptations à la reproduction du son (éducation, langage extérieur, écriture ou perte de cette faculté (amnésie, aphasie) ; de troubles vaso-moteurs locaux et généraux, tels que la pâleur, rougeur, frisson, salivation, sueurs) ; un arrêt ou un trouble des fonctions du cœur (palpitations, syncope) ; des poumons (arrêt de respiration, angoisse) ; de l'équilibration (rotation, chute à terre, sans perte de connaissance) ; d'émotions, de plaisirs, de douleur, d'antipathie et de sympathie. Baratoux.

Sur 202 cas d'appendicite ; par Joh. Nicolaysen et Kr. Thue.

Les auteurs publient les résultats d'une statistique qu'ils ont établie avec le concours de H. J. Thue et de R. Klem. Les matériaux fournis par l'hôpital annexé à l'Institut des Diaconesses a aussi été mis à leur disposition, grâce à la bienveillance du médecin en chef, Dr Unger Vetlesen. Les patients appartiennent pour la plupart à la clientèle particulière.

Sur les 202 cas, il y avait 81 hommes et 121 femmes, ce qui s'écarte assez de la proportion habituelle quant à la répartition des sexes.

Mortalité. Il y eut 12 décès, soit une mortalité de 5,9 0/0

Les récidives se produisirent dans environ 60 0/0 des cas. La première récidive eut lieu dans le courant de l'année pour 75 0/0 des cas, dans les deux ans pour 87 0/0 environ, fait important à constater pour les compagnies d'assurance sur la vie. Après deux ans écoulés, le danger de récidive est donc assez réduit. (*Norsk Magazin for Laegevidenskaben*, 1900, n° 5, p. 511.)

Pyorrhée alvéolaire et ses rapports avec la médecine générale; par John Fitzgerald, chirurgien dentaire de l'hôpital italien de Londres, London, Clinical Journal Office, Bartholomew close, E. C., etc.

Dans une courte préface, l'auteur nous prévient qu'il ne donne pas son travail comme un traité complet des pyorrhées alvéolaires. Il veut seulement essayer d'indiquer ce qu'est la pyorrhée alvéolaire dans la pratique médicale et en donner quelques méthodes très simples de traitement à la porté du médecin de famille. C'est une réimpression d'une série d'articles parus dans le *Journal clinique*, en mars-avril 1899. La pyorrhée alvéolaire désigne un état pathologique des gencives, suivi d'un écoulement de pus dans la bouche. Elle se rattache à certaines affections bien définies des tissus qui entourent les dents.

Reconnu tout d'abord par Riggs de Hartford, en 1844, elle fut appelée maladie de Riggs. D'autres noms furent ensuite proposés, tels que gengivite expulsive, périostéite alvéolaire, inflammation folliculo-dentaire phagédénique. Enfin le terme de pyorrhée alvéolaire fut proposée par Rehwinkle, en 1877, à l'Association des dentistes américains. Ce nom de pyorrhée alvéolaire n'est pas très heureux, dans beaucoup de cas il indique seulement une phase de l'état le plus tardif de l'affection, mais l'usage en est si fermement établi que l'auteur pense pouvoir avantageusement le retenir comme un terme convenable. Ceci établi, avant d'étudier la pyorrhée même, l'auteur croit utile de revoir très brièvement comment les dents sont maintenues dans leurs cavités. Puis, il nous dit que la production de l'affection dépend de deux facteurs, une cause prédisposante, telle que la tuberculose, la syphilis, le scorbut, l'épuisement dû à une maladie fébrile aiguë, ou quelque source de dénutrition ; et une irritation locale qui est, le plus souvent, la gengivite. Il faut mettre à part la pyorrhée, d'origine goutteuse, dont la réalité est discutable. En résumé, la pyorrhée suit le plus souvent la gengivite.

L'auteur examine successivement, en détail, les causes prédisposantes énumérées plus haut, la cause immédiate qui est toujours une irritation locale, la gengivite elle-même, l'envahissement streptococcique, l'absorption de pus dans les tissus osseux, et enfin les cas dans lesquels l'affection débute comme la goutte.

L'étude de la pyorrhée alvéolaire a une grande importance dans l'exercice de la médecine, car elle peut causer différentes affections : ou bien le pus avec ses organismes noscibles, agit localement sur les parois de l'estomac, ou bien il provoque une fermentation gastrique. Dans d'autres cas, les toxines produites dans la bouche sont absorbées directement par l'organisme à travers les muqueuses. Enfin, la pyorrhée rend bien souvent le malade plus apte à contracter certaines affections, plus l'influenza. Il faut donc soigner très énergiquement le malade, atteint de pyorrhée, la guérison dépend beaucoup d'un diagnostic précoce. Malheureusement, quand le dentiste voit l'affection, le plus souvent elle en est deja à l'invasion streptococcique et les poches du pus sont formées.

Au point de vue du traitement, en général, il est bon de considérer quatre types de pyorrhée. Les trois premiers peuvent être traités par le médecin. Dans un premier type, le malade se présente avec de la gengivite, de l'inflammation du pourtour gengival. Ici, le traitement est facile : il faut enlever le tartre, appliquer un astringent du sulfate de cuivre en poudre, par exemple, et prescrire un lavage de bouche, matin et soir, avec une solution antiseptique. Dans un deuxième type l'inflammation est beaucoup plus marquée, il existe des érosions de la muqueuse, la couche de tartre qui entoure les dents est très épaisse. On peut appliquer le même traitement astringent, les lavages de bouche, mais il faut procéder à un grattage, très soigneux, de tout le tartre existant. Pour cela, il est bon de se servir des instruments spéciaux de Howe de Cushing, que l'auteur décrit soigneusement et représente même en quelques figures fort bien faites. Un troisième type est constitué par la pyorrhée au moment où les poches de pus sont établies. Il faut alors ajouter dans ces poches purulentes une solution appropriée au moyen d'une seringue, décrite et représentée en figure dans le texte, comportant une canule speciale. Ces solutions seront de pyrozone ou bien encore d'un mélange de pyrozone et de perchlorure de mercure; on pourra aussi faire un attouchement à l'acide lactique. Enfin, dans un dernier type, la dent est déchaussée, il faut l'enlever et la réimplanter. Dans tous les cas, l'auteur recommande l'usage régulier d'une poudre qui servira au brossage des dents.

L'ouvrage de M. John Fitzgerald est très intéressant en ce qu'il fait bien ressortir les rapports de la pyorrhée alvéolaire avec la médecine générale. Il sera utile au médecin aussi bien qu'au dentiste. André May.

CONGRÈS INTERNATIONAUX

XIIIe Congrès International de Médecine

(Paris, 2—9 août 1900).

Le Comité exécutif a décidé qu'il n'y aurait pas de Journal officiel du Congrès. Pendant la durée du Congrès il sera publié chaque jour par les soins du Secrétariat général un programme donnant toutes les indications afférentes pour la journée. Un bureau de la Presse sera organisé pour la Presse française et étrangère du 30 juillet au 10 août. D'ici là toutes les indications nécessaires seront fournies au Secrétariat général du Congrès, 21 rue de l'École de Médecine.

Le Comité exécutif français a l'honneur d'informer Messieurs les Membres du XIIIe Congrès international de médecine que, *pour pouvoir être inscrits au programme officielle du Congrès* les titres des *communications* devront être reçus aux bureaux du Congrès, 21 rue de l'École de Medecine, Paris, *avant le 1er juin*, dernier délai. Les adhésions seront reçues *jusqu'au 15 juillet*. Pour se faire inscrire, envoyer sa carte de visite, l'indication de la Section choisie, et un mandat poste de vingt-cinq francs au Docteur Duflocq, 21 rue de l'Ecole de Médecine, Paris.

Organisation des logements pendant le Congrès.

Le Comité exécutif du XIIIe Congrès international de Médecine a l'honneur de porter à la connaissance des membres du Congrès que les dispositions suivantes ont été prises pour assurer leur logement pendant leur séjour à Paris. Etant donnée l'affluence énorme d'étrangers pendant l'Exposition, les membres du Congrès sont invites à se mettre immédiatement en rapport direct et personnel avec l'une des agences qui sont chargees de les loger. Faute de cette precaution, nous ne pouvons pas garantir que les congressistes trouveront a s'installer convenablement et a des prix modérés. Nous donnons ci après la liste des agences, leur adresse et un résume des conditions qu'elles offrent.

Agence Desroches (rue du Faubourg-Montmartre, 21, Paris). — Cette agence se charge de recevoir les membres du Congrès à la gare, de les conduire a domicile et de leur donner, dès l'arrivée, tous les renseignements indispensables. Prix. La première journée, comprenant la conduite en voiture, avec bagages de la gare ou du secrétariat du Congrès sera de 20 francs. Les jours suivants. 10 francs. La dernière journee, comprenant la conduite à la gare avec bagages, 15 francs. Dans les prix ci-dessus sont compris, en plus du transport gare-hôtel et retour : chambre, eclairage, service, premier dejeuner. Fixer à l'avance le jour de l'arrivée et envoyer le prix de la premiere journee.

Agence des voyages pratiques (9, rue de Rome, Paris). — Cette agence offre les mêmes conditions que la précédente pour les congressistes; elle organisera, en outre, un service d'omnibus et de bagages. Prix. *a*) A tous les congressistes à partir de 6 fr. 50 par jour et par personne; *b*) pour un certain nombre (2 000 personnes), le logement à 5 fr. 50 par jour et par personne; 1 000 personnes, le logement à 4 francs; 500 personnes, en dortoirs, 3 fr. 50 et 3 francs. Dans les quartiers en contact avec le siege du Congrès ou autre au gré de chacun; *c*) de petits appartements meublés, comprenant 3 pièces et plus, à partir de 270 francs par mois. Un grand nombre de petits hotels particuliers pourront être aménages pour les personnes en famille qui séjourneront un certain temps à Paris. Ecrire au moins un mois à l'avance.

Agence des voyages modernes (rue de l'Echelle, 1, Paris). — Prix. 1° Des chambres confortables, à partir de 6 francs par jour service et éclairage compris). 2° La chambre et la pension depuis 15 francs par jour; la pension comprenant : le petit dejeuner du matin, le dejeuner a la fourchette, le diner de table d'hote vin compris aux deux repas). 3° Des appartements meubles dont le nombre de chambres, l'étage, la situation dans Paris. Ecrire aussitôt que possible.

Agence Lubin (boulevard Haussmann, 36, Paris). — Prix. 1 chambre à 1 lit pour 1 personne, 12 francs. 1 chambre à 2 lits ou à 1 grand lit pour 2 personnes, 20 francs. Service et éclairage compris (bon confortable). Cette agence exige que le prix de séjour soit versé à l'avance au Crédit lyonnais; elle avait, en outre, demandé que les engagements fussent pris fin janvier 1900 Ecrire à titre d'essai.

Société française des voyages Duchemin (20, rue de Grammont, Paris). — Prix. Les prix des logements avec les repas varient de 140 à 180 francs la semaine; ceux des logements, sans repas, sauf le petit déjeuner du matin, de 70 à 120 francs, suivant le confort et le luxe demandés. Cette agence, de même que la précédente, avait demandé d'être fixée avant le 1er février sur le nombre des congressistes qu'elle aurait à loger et sur le desiderata; en outre, que le quart du prix du séjour fût versé à cette date. Néanmoins, comme pour l'agence précédente, on peut écrire à titre d'essai.

Lits dans les lycées de Paris. — Par suite d'une décision gracieuse du Ministre de l'Instruction publique, le vice-recteur de Paris a pu mettre, pour la durée du Congrès, à la disposition des congressistes venus isolément, sans leur famille, 800 lits en dortoirs dans les divers lycées de Paris, situés aux environs du siège du Congrès. — Conditions : 5 fr. 50 pour le lit, le petit déjeuner et le service. Pour les lits dans les lycées, écrire, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, bureau du Congrès.

Permanence pendant le Congrès. — Le Comité des logements établira une permanence aux bureaux du Congrès, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, où les membres du Congrès recevront toutes les indications qu'ils désireraient au sujet des logements.

VARIA

L'admission dans les bibliothèques de l'Université.

Le conseil de l'Université de Paris ayant été saisi d'une demande formée par divers membres de la Société des amis de l'Université à l'effet d'être admis a fréquenter gratuitement les diverses sections de la bibliothèque de l'Université, le *Temps* nous apprend qu'on a examiné les voies et moyens à employer pour donner satisfaction à cette requête.

Le conseil a décidé que les demandes d'admission à la bibliothèque de l'Université, quelle que soit la section, devraient être adressées à M. Casimir-Perier, président de la Société des amis de l'Université, qui transmettrait la demande, avec son avis, à M. O. Gréard, président du conseil de l'Université. L'admission serait prononcée par le doyen, directeur ou conservateur en application du réglement, qui lui confère le droit de délivrer des cartes de faveur individuelles non payantes.

Le conseil de l'Université, d'autre part, avait été saisi de la demande formée par M. Gérin-Lajoie, docteur en médecine de l'Université de Montréal, à l'effet d'obtenir que les docteurs étrangers fussent admis à la bibliothèque de la Faculté de médecine, en acquittant seulement le droit de bibliothèque, soit 10 francs, sans être tenus à verser le droit d'immatriculation de 20 francs. Il en a remis l'étude à une commission qui a élargi la question et qui a examiné successivement les points suivants : 1° Y a-t-il lieu d'accueillir la demande en ce qui concerne les docteurs étrangers ? 2° Dans l'affirmative, convient-il de proposer la même faveur pour les docteurs français ? 3° Dans la même hypothèse, la mesure peut-elle être applicable aux étudiants en cours d'études ?

Voici quelles ont été les conclusions de la commission :

Docteurs étrangers. — La commission considère qu'il est « excessif d'exiger d'un docteur étranger dont l'intention est seulement de fréquenter la bibliothèque, le versement d'un droit de 20 francs qui vise la possibilité de faire des travaux dans les laboratoires et de passer des examens ». Elle fait remarquer, en outre, ce qui est d'une importance capitale pour les recettes de l'Université, que « comme les livres à consulter à la bibliothèque des facultés se trouvent dans les bibliothèques ouvertes gratuitement aux lecteurs, le courant des travailleurs sérieux risquerait de se détourner de nous ». Elle exprime donc un avis favorable à la demande de M. Gérin-Lajoie.

Docteurs français. — Elle pense, en outre, que la mesure ne peut pas être prise en faveur des docteurs étrangers sans être *a fortiori* appliquée aux docteurs français. Elle propose en conséquence de leur accorder le bénéfice de la même faveur.

Étudiants en cours d'études. — Quant aux étudiants dont la scolarité est en cours, et à ceux dont la scolarité est terminée et qui n'ont pas subi l'épreuve de la thèse, la commission est d'avis que les deux droits de bibliothèque et d'immatriculation ne doivent pas être disjoints et qu'il y a lieu de maintenir formellement le *statu quo*.

Le conseil de l'Université a adopté ces conclusions. Il a décidé, en outre, qu'il y a lieu d'étendre ces mesures à toutes les sections de la bibliothèque universitaire. (*Gaz. des Hôp.*)

La lutte contre l'alcoolisme dans l'armée.

A propos de la circulaire du général de Gallifet, le *Temps* a publié un long article qui expose les diverses étapes faites dans la lutte contre l'alcoolisme dans les casernes, article dont nous reproduisons les passages les plus intéressants :

« La mesure prise par le Ministre de la Guerre a été précédée par quelques essais partiels, qui tous ne sont pas parvenus à la connaissance du grand public. C'est le général Brugière, gouverneur militaire de Paris, qui le premier, alors qu'il n'était que le commandant du 2e corps, défendit dans les casernes du corps d'armée la vente de tout alcool avant la soupe du matin. D'autres commandants de corps d'armée suivirent cet exemple, entre autres les généraux Kessler (6e) et Donop (10e); ce dernier permit même à ses chefs de corps d'interdire complètement, à leur volonté, la vente des spiritueux dans leurs casernes. Aussitôt un certain nombre de chefs de corps usèrent de cette latitude et prohibérent l'alcool sous toutes ses formes.

« Quels furent les résultats obtenus? De toutes parts on s'accorde à les trouver excellents. Le soldat s'habitue vite à ne plus demander son petit verre. Les boissons alcooliques furent remplacées par la bière, le chocolat, et surtout le lait et le vin chaud; dans les cantines qui avaient été forcées d'observer la tempérance, ce sont ces deux liquides qui ont été le plus tôt en honneur. Il n'y a donc eu, du côté des consommateurs, aucune sorte de difficulté. Quant aux cantiniers, ils n'ont montré jusqu'ici, aucun mécontentement. Il est vrai qu'on a pris en considération, autant qu'on a pu, leurs intérêts; plusieurs avaient des stocks assez considérables des boissons prohibées : il a fallu trouver un *modus vivendi*. Cela a été assez facile.

« A l'étranger, la lutte contre l'alcoolisme dans les casernes a déjà été entreprise vigoureusement. En Belgique, depuis le 1er janvier 1886, les cantines ne peuvent plus débiter de liqueurs spiritueuses (décision du général Pontus, Ministre de la Guerre). La suppression de la vente de l'alcool dans les casernes est appliquée depuis 1840 dans l'armée anglaise, et a été introduite aux Etats-Unis d'Amérique par le général Grant, président de la République. En Suisse, le département militaire a distribué aux soldats, le 10 mars 1896, un nouveau règlement de service, déclarant que parmi les boissons les plus nuisibles se trouve « l'eau-de-vie sous toutes ses formes », et, aux manœuvres, les officiers ont ordre de visiter les gourdes des soldats et de vider celles qui contiennent de l'eau-de-vie. En Roumanie, la vente d'alcool dans les casernes est prohibée. En Russie, enfin, le grand-duc Vladimir, commandant du district militaire de Saint-Pétersbourg, vient de publier un décret interdisant la vente aux soldats de toute boisson alcoolique.

« On sait que le général Wolseley, dans ses campagnes coloniales et en Egypte, et le sirdar Kitchener, dans sa dernière expédition au Soudan, ont défendu formellement l'usage de ces boissons à leurs hommes.

« Il convient d'espérer que la même mesure aura en France des résultats aussi satisfaisants qu'à l'étranger. Le mal, en effet, était grave. M. Charles Guieysse, lieutenant d'artillerie à Versailles, dans le rapport qu'il lut au dernier Congrès international contre l'abus des boissons alcooliques. (De la lutte contre l'alcoolisme dans l'armée et par l'armée), l'a mis au jour dans toute son étendue.

« Les cantines, rappelle-t-il, ont été organisées en 1830. Elles étaient tenues par des blanchisseuses-vivandières chargées de laver le linge des soldats et de leur vendre des denrées

alimentaires et des boissons. En 1875, les cantinières, d'après le règlement, sont chargées de nourrir les sous-officiers — « voilà leur vrai rôle », dit M. Guieysse, — mais « elles sont, *en outre, autorisées* à tenir, sous la surveillance de l'autorité militaire, des cantines où elles vendent à la troupe des denrées alimentaires et des liquides ». En 1892, le nouveau règlement va plus loin : « Les cantinières sont tenues de nourrir, à des tarifs fixés par le colonel, les sous officiers... Elles tiennent dans le quartier des débits de boissons et de denrées alimentaires. Les cantiniers devenaient ainsi des marchands de vin ordinaires. Si le métier est bon, M. Guieysse le montre par des exemples : « Une cantinière, lui raconte un adjudant, s'installe dans un régiment ; dix ans après, elle se retire, achète un des principaux hôtels de la ville et une villa dans les environs ». Une autre disait que pour 100,000 francs elle ne céderait pas son fonds. « On peut donc, concluait M. Guieysse, s'attaquer un peu aux cantines. » C'est sur l'alcool, d'ailleurs, que les cantinières gagnent ce qu'elles veulent, ou plutôt gagnaient ce qu'elles voulaient. »

La Peste.

L'épidémie de peste sévit toujours violemment aux Indes. A Sydney et à Adélaïde, la situation sanitaire est stationnaire.

En Egypte, on signale chaque jour de nouveaux cas et de nouveaux décès, sans que pour cela la situation paraisse sérieusement s'aggraver.

La ville du Caire, jusqu'à présent, est restée à l'abri du fléau.

La nouvelle de l'apparition de la peste à Smyrne ne paraît pas reposer sur des bases sérieuses.

D'après le *Mechveret*, le sultan aurait fait annoncer que cette ville est contaminée, pour permettre une surveillance plus active de ce port au point de vue politique et arrêter l'émigration des Syriens qui, mal protégés par le gouvernement ottoman et soumis à toute sorte d'exaction, quittent le pays en masse. Cet exode ne serait pas sans susciter des craintes sérieuses pour l'avenir de ces régions.

Cependant, nous lisons dans le *Temps* du 19 mai :

« Constantinople, *via* Sofia, 18 mai, 9 h. 30.

« Le Dr Nicolle a télégraphié hier, de Smyrne, qu'il avait trouvé le bacille de la peste. Aussi le conseil sanitaire a ordonné de nouvelles mesures des plus rigoureuses contre les provenances de cette ville. »

NÉCROLOGIE

M. le Dr **Jules CHÉRON**
médecin de Saint-Lazare.

Le Dr Jules CHÉRON, médecin de Saint-Lazare, dont nous avons le vif regret d'annoncer la mort, à l'âge de 66 ans, était un praticien des plus distingués, dont la situation professionnelle était des plus brillantes, dans le corps médical parisien. Docteur ès sciences naturelles, M. J. Chéron, ancien interne des hôpitaux, fut nommé médecin de l'infirmerie spéciale de Saint-Lazare. Il se spécialisa dans les maladies des femmes, et opposa la méthode médicale conservatrice aux grandes interventions chirurgicales, que l'antisepsie et l'anesthésie avaient peut-être un peu trop généralisées en gynécologie. Auteur de *Leçons cliniques*, à l'école pratique, il écrivit, il y a quelques années, un ouvrage intitulé : *Introduction à l'étude des lois de l'hypodermie*. C'est à lui qu'on doit la vulgarisation de l'emploi de l'acide picrique dans le traitement des brûlures, des plaies et des pustules varioliques. Outre les nombreux perfectionnements qu'il apporta à la médecine gynécologique, le Dr Chéron fut l'inventeur de la méthode des injections hypodermiques de sérum concentré dont il a cherché à expliquer l'action physiologique indiscutable dans son *Introduction à l'étude des lois de l'hypodermie*.

La valeur scientifique, la situation personnelle et les longs services administratifs du Dr Chéron, lui valurent le grade d'officier de la Légion d'honneur.

La famille Chéron est une famille médicale ; fils, beau-frère et oncle de médecins, M. Jules Chéron laisse un fils, le Dr H. Chéron, ancien interne des hôpitaux, qui est un des plus distingués des collaborateurs de ce journal et, le *Progrès médical* en cette triste circonstance, lui adresse l'expression de ses plus sympathiques condoléances. J. N.

Outre les *Leçons cliniques* et l'*Introduction à l'Etude des lois de l'hypodermie*, M. J. Chéron a écrit une thèse remarquable sur le *Système nerveux des céphalopodes*, couronnée par la Faculté des Sciences et l'Institut. Il dirigea pendant quinze ans la *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes* et inventa avec Nachet l'*Ophtalmomicroscope* qui obtint le prix Barbier à l'Académie des Sciences.

FORMULES

XXVII. — Contre la dyspepsie hypochlorhydrique.

Sirop d'écorce d'oranges	300 grammes.
Pepsine modifiée.	8 —
Diastase.	āā 2 —
Pancréatine.	āā 2 —
Acide lactique.	XV gouttes.
Acide chlorhydrique.	X —

Une cuillerée avant chaque repas. (*Belgique méd.*).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 13 mai au samedi 19 mai 1900, les naissances ont été au nombre de 1122 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 415, illégitimes, 155. Total, 570. — *Sexe féminin* : légitimes, 386, illégitimes, 166. Total, 552.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1896 : 2.511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 13 mai au samedi 19 mai 1900, les décès ont été au nombre de 1030, savoir : 556 hommes et 474 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 6, F. 6. T. 12. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole: M 9, F. 17, T. 26. — Scarlatine : M. 1, F. 2, T. 3. — Coqueluche : M. 4, F. 5, T. 9. — Diphtérie. Croup : M. 4, F. 3, T. 7. — Grippe : M. 0, F. 2, T. 2. — Phtisie pulmonaire : M. 140, F. 76, T. 216. — Méningite tuberculeuse : M. 11, F. 10, T. 21. — Autres tuberculoses : M. 23, F. 12, T. 35. — Tumeurs cancéreuses : M. 25, F. 36, T. 61. — Tumeurs autres : M. 1, F. 5, T. 6. — Méningite simple : M. 16, F. 14, T. 30. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 25, F. 22, T. 47. — Paralysie, M. 3. F. 7, T. 10. — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 1, T. 4. — Maladies organiques du cœur : M. 19, F. 34, T. 53. — Bronchite aiguë : M. 7, F. 8, T. 15. — Bronchite chronique : M. 15, F. 8, T. 23. — Broncho-pneumonie : M. 24, F. 28, T. 52. — Pneumonie : M. 23, F. 14, T. 37. — Autres affections de l'appareil respiratoire: M. 17, F. 12, T. 29. — Gastro-entérite, biberon : M. 10, F. 11, T. 21. — Gastro-entérite, sein : M. 1, F. 6, T. 7. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 4, F. 3, T. 7. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 5, T. 6. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale : M. 20, F. 12, T. 32. — Sénilité : M. 9, F. 14, T. 23. — Suicides : M. 12, F. 3, T. 15. — Autres morts violentes : M. 10, F. 10, T. 20. — Autres causes de mort: M. 109, F. 82, T. 191. — Causes restées inconnues : M. 4, F. 2, T. 6.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 74, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 24, illégitimes, 14. Total : 38. — *Sexe féminin* : légitimes, 23, illégitimes, 13. Total : 36.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Sont prorogés dans leurs fonctions, du 1er novembre 1901 au 31 octobre 1904, les agrégés des Facultés de Médecine dont les noms suivent : *Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux* : M. Sigalas, agrégé de physique. — *Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille* : M. Bédard, agrégé de physiologie. — *Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon* : M. Beauvisage, agrégé d'histoire naturelle; M. Roux, agrégé d'histoire naturelle. — *Faculté de médecine de Montpellier* : M. Moitessier, agrégé de chimie. — *Faculté de médecine de Nancy* : M. Guérin, agrégé de chimie.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOULOUSE. — M. Caubet, professeur de chimie médicale, est nommé doyen pour trois ans, à dater du 16 mai 1900.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE PARIS. — Un concours s'ouvrira le 5 novembre 1900, devant l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole préparatoire de Médecine et de Pharmacie d'Angers. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ECOLE DE PHARMACIE. — Un concours s'ouvrira le 19 novembre 1900 devant l'Ecole supérieure de pharmacie de l'Université de Paris pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — M. Ed. PERRIER vient d'être nommé directeur du Muséum, en remplacement de M. Milne-Edwards.

Excursion géologique. — M. Stanislas MEUNIER, professeur de géologie au Muséum d'histoire naturelle, fera une excursion géologique publique, le dimanche 27 mai, à Fresnes, Antony, Chatenay et Robinson. Il suffit, pour prendre part à l'excursion, de se trouver au rendez-vous : gare du Luxembourg où l'on prendra, à 11 h. 38, le train pour Berny. Pour profiter de la réduction de 50 0/0, accordée par le chemin de fer, il est indispensable de verser le montant de la place au Laboratoire de géologie, 61, rue de Buffon, avant samedi, à 4 heures.

ELECTIONS POUR LE CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Ont été élus : pour l'Institut, MM. Lavisse, Jules Girard, Faye, Larroumet, Ravaisson-Mollien. Pour le Collège de France, MM. Gaston Paris et Berthelot. Pour le Muséum, M. Gaudry. Pour les Facultés de Théologie protestante, M. Sabatier. Pour les Facultés de Droit, MM. Villey et Glasson. Pour les Facultés de Médecine et Facultés mixtes, MM. Brouardel et Abelous. Pour les Ecoles supérieures de Pharmacie et Facultés mixtes, M. Moissan. Pour les Facultés des Sciences, MM. Bichat et Darboux. Pour les Facultés des Lettres, MM. Jullian et Croiset. Pour l'Ecole normale supérieure, MM. Violle et Boissier. Pour l'Ecole des Langues orientales, M. Barbier de Meynard. Pour l'Ecole polytechnique, M. Mercadier. Pour l'Ecole des Beaux-Arts, M. Thomas. Pour le Conservatoire des Arts et Métiers, M. Laussedat. Pour l'Ecole centrale, M. Buquet. Pour l'Institut agronomique, M. Risler. Pour les lycées, MM. Clairin, Bernès, Belot, Chalamet, Mangin, Sigwalt, Lhomme. Pour les collèges communaux, M. Barthélemy. Pour l'enseignement primaire, MM. Jost, Devinat, Quénardel. Il y a ballottage pour les lycées, agrégés de mathématiques, licenciés ès lettres.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — MM. les Drs de Chappelle (de Bordeaux), Dercheu (de Vanves), Graverry (de Meaux) et Rocher (de Rouen), ont été nommés officiers d'Académie.

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — La médaille d'honneur des épidémies a été décernée aux personnes ci-après désignées: *Médaille d'argent* : M. le Dr Diet (de Saint-Nazaire). — *Médaille de bronze* : M. Brunet (externe des hôpitaux de Bordeaux).

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — M. Laurens, médecin principal de 1re classe, médecin chef à l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains, est nommé médecin chef de l'hôpital militaire de Versailles.

SERVICE DE SANTÉ DANS LES COLONIES. — Ont été promus au grade de médecin en chef de 2e classe : M. Henry, médecin principal des colonies. — Au grade de médecin principal des colonies : M. Delrieu, médecin de 1re classe des colonies. — Au grade de médecin de 1re classe des colonies : M. Bresson, médecin de 2e classe des colonies. — M. Defressine, médecin de 2e classe, a été promu au grade de médecin de 1re classe.

LE LEGS CREVAT-DURAND. — M. Crevat-Durand, récemment décédé à Fontainebleau, a légué 150.000 francs à l'Institut Pasteur. Il a, en outre, fait aux œuvres charitables les legs suivants : 400.000 francs à l'œuvre des enfants tuberculeux d'Ormesson. 400.000 francs à la Société de protection de l'enfance abandonnée ou coupable (œuvre Bonjean). 400.000 francs à la ville de Fontainebleau pour l'agrandissement de ses services hospitaliers et la création d'une musique municipale. 120.000 francs à la Société de l'allaitement maternel (œuvre Béquet). 100.000 francs à la Société de secours mutuels Saint-Roch de Fontainebleau. 50.000 francs aux religieuses Saint-Vincent-de-Paul de Fontainebleau. 25.000 fr. à la Société de secours aux blessés militaires (Croix rouge française). 25.000 francs au cercle catholique d'ouvriers de Fontainebleau. 24.000 francs aux frères des écoles chrétiennes de Fontainebleau. 10.000 francs à la Société d'assistance par le travail de Fontainebleau. 10.000 francs à la Société des Dames de la Providence de Fontainebleau. 2.000 francs à la fabrique de l'église de Fontainebleau. 1.000 francs aux pompiers de Fontainebleau.

Chronique des Hôpitaux.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — *Radioscopie médicale.* — M. le Dr A. BÉCLÈRE, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, a commencé, le dimanche 20 mai, à 10 heures du matin, et continuera les dimanches suivants à la même heure, dans la salle des conférences de l'hôpital, une nouvelle série de *Six conférences sur les premières notions de Radiologie*, indispensables à la pratique de la Radioscopie et de la Radiographie médicales. Après chaque conférence, présentation et examen radioscopique des malades.

CLINIQUE NATIONALE OPHTHALMOLOGIQUE DES QUINZE-VINGTS. — *Conférences d'ophthalmologie.* — Les médecins de la clinique des Quinze-Vingts ont commencé, le lundi 14 mai 1900, des leçons cliniques et théoriques, qui auront lieu dans l'ordre suivant : Mardi, à 1 h. 1/2, Dr Trousseau, leçons cliniques. — Mercredi, à 1 heure, Dr Kalt, leçons de diagnostic ophthalmologique avec indications thérapeutiques. — Jeudi, à 2 heures, Dr Dubief, démonstration d'anatomie pathologique et de bactériologie. — Jeudi, à 3 heures, Dr Valude, thérapeutique chirurgicale; présentation de malades. — Samedi, à 2 heures, Dr Chevallereau, thérapeutique médicale. — Consultations et opérations, à 1 heure.

HÔPITAL BROCA. — *Cours complet de gynécologie.* — M. S. POZZI, le vendredi à 10 heures. — Un cours de gynécologie pratique sera fait les lundis et mercredis, à 10 heures, sous sa direction. Ce cours sera complet en vingt leçons. Démonstration d'histologie sur les pièces du service, le samedi, à 10 heures, par le chef du laboratoire.

HÔPITAL ANDRAL. — MM. Albert MATHIEU et SOUPAULT : le vendredi à 10 heures, conférences cliniques sur les maladies de l'appareil digestif.

HÔPITAL DE LA PITIÉ. — M. le Dr BABINSKY : conférences cliniques sur les *Maladies du système nerveux*, le samedi matin.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — Le Dr DU CASTEL, conférences cliniques le samedi à 1 h. 1/2. A 1 h. 1/2 consultation externe. A 2 h. 1/2 conférence clinique dans la salle des conférences.

Leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques. — M. HALLOPEAU, salle des conférences, le dimanche, à 9 heures et demie du matin.

Maladies cutanées et syphilis : Le Pr FOURNIER a repris le vendredi 4 mai, son cours de clinique.

Maladies du cuir chevelu. — M. SABOURAUD : tous les mercredis et samedis, à 9 h. 1/2, leçon théorique et pratique sur les maladies microbiennes du cuir chevelu et de la peau (laboratoire de l'école Lailler).

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Cours de clinique des maladies du système nerveux.* — M. le Pr RAYMOND : vendredis et mardis, à 10 heures.

M. le Dr Jules VOISIN, conférences cliniques sur les *Maladies mentales et nerveuses*, le jeudi à 10 heures du matin.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h. 1/2. Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée); présentation de cas cliniques, etc. — *Service de* M. le Dr P. MARIE. Le service de l'infirmerie de Bicêtre comprend un grand nombre de malades atteints d'affections chroniques et particulièrement d'affections du système nerveux. Ce service est ouvert aux étudiants et le samedi a lieu, à 9 h. 1/2, une visite générale au cours de laquelle le Dr Pierre Marie présente les malades les plus intéressants.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HÔTEL-DIEU.
M. le Pr DUPLAY.

Contusion de la poitrine.

Leçon recueillie par le Dr CLADO.

MESSIEURS,

A propos d'un malade entré récemment dans le service, je désire, dans cette leçon, vous présenter une étude d'ensemble sur les diverses lésions produites par les contusions de la poitrine. Il s'agit d'un homme de 45 ans, garçon de magasin, couché au n° 7 de la salle Saint-Landry.

Il y a quatre jours, le 24 avril, ce malade était amené à l'hôpital aussitôt après avoir été victime d'un accident grave. En descendant d'un omnibus en marche, il était tombé à terre, et un camion chargé lourdement, qui suivait de près l'omnibus, lui avait passé sur la partie supérieure de la poitrine. Le blessé perdit connaissance, et ne revint à lui qu'un quart d'heure après, dans la pharmacie où il avait été transporté. Conduit immédiatement à l'Hôtel-Dieu, et placé dans notre service, on constata chez lui un état assez alarmant : la face était pâle et anxieuse, les extrémités refroidies, le pouls petit, filiforme et fréquent, la respiration également accélérée, pénible ; le blessé se plaignait de douleurs vives dans toute la poitrine ; en un mot, tout semblait indiquer l'existence de lésions graves du côté des organes thoraciques.

Le genre de traumatisme subi par notre malade peut être rapproché, au point de vue des lésions qu'il détermine, des chutes d'un lieu élevé, mais beaucoup mieux encore des écrasements de la poitrine qui se produisent lorsqu'un individu se trouve comprimé entre un plan résistant, comme un mur par exemple, et un timon de voiture, ou entre deux tampons de wagon, ou encore lorsqu'il est surpris sous un éboulement.

Le mode d'action de ces traumatismes est, dans tous ces cas, sensiblement identique et très aisé à comprendre. Dans les circonstances que nous venons d'indiquer, il y a un aplatissement plus ou moins prononcé de la cavité thoracique. Au delà d'une certaine limite, la compression donne lieu à des fractures ; toutefois, cette limite est difficile à déterminer, car, grâce à l'élasticité des cartilages costaux et à la mobilité des articulations, l'aplatissement des parois thoraciques peut être porté très loin sans produire des fractures, surtout chez les jeunes sujets. Les expériences pratiquées sur les cadavres ont montré, en effet, que jusqu'à l'âge de 25 ans, le sternum peut être amené au contact du rachis sans que le squelette de la cage thoracique devienne le siège d'une solution de continuité. On conçoit, néanmoins, que dans les grands traumatismes dont il est ici question, il doive se produire souvent des lésions soit du côté de la paroi, soit du côté des organes thoraciques. Examinons donc successivement ces deux ordres de lésions :

A. *Lésions de la paroi.* — Je laisse de côté la contusion des parties molles, dont on peut retrouver tous les degrés, pour étudier seulement les lésions de la cage thoracique, côtes, cartilages costaux et sternum. D'autres lésions peuvent encore accompagner les écrasements du thorax ; ce sont les fractures de la colonne vertébrale, les fractures de la clavicule, celles de l'omoplate et enfin les fractures du bassin. Ces dernières lésions, bien connues et d'ailleurs en dehors de notre sujet, ne m'occuperont pas.

a *Fractures du sternum.* — Elles portent d'ordinaire sur le corps de l'os et sur la poignée ou manubrium, ou bien sur la partie intermédiaire à ces deux parties. La fracture est presque toujours transversale, et, suivant le mode d'action de la violence et la force mise en jeu, elle s'accompagne de déplacement plus ou moins étendu, de chevauchement incomplet, ou bien elle existe sans déplacement. Dans certains cas, on dit qu'il y a luxation lorsque la solution de continuité occupe le point de jonction de la première et de la deuxième pièce du sternum. Toutefois cette lésion se rapproche plutot de la fracture.

b *Fractures de côte.* — Il se peut qu'une seule côte soit brisée ; mais beaucoup plus souvent, il existe des fractures multiples atteignant deux ou plusieurs côtes. Ces fractures siègent tantot d'un seul coté, tantot et plus souvent les deux côtés à la fois. Sur une

même côte, la solution de continuité peut être unique ou bien il existe plusieurs fragments.

Enfin, relativement au mécanisme de ces fractures, il varie suivant que l'agent vulnérant comprime latéralement la cage thoracique et tend à redresser la courbure costale, ou qu'au contraire, la compression s'exerçant d'avant en arrière, il y a tendance à l'augmentation de cette courbure.

c) *Fractures du cartilage.* — Elles sont moins fréquentes que celles des côtes, ce qui s'explique par la plus grande élasticité du tissu, et reconnaissent d'ailleurs le même mécanisme; elles siègent tantôt près des articulations chondro-costales, tantôt près des articulations chondro-sternales.

Les luxations des diverses pièces qui entrent dans la constitution du thorax sont très rares, beaucoup plus rares que les fractures ; on s'en rend compte aisément si l'on songe à la nature de ces articulations qui sont ou bien douées de très peu de mouvements, ou bien protégées par des ligaments très serrés. Dans ces conditions, la fracture survient avant que la luxation ait eu le temps de se produire. On a cependant observé des luxations costo-vertébrales, chondro-sternales, chondro-costales, enfin des luxations des sixième, septième, huitième et neuvième cartilages.

Pour terminer cette énumération des lésions des parois thoraciques dans les violentes contusions de la poitrine, je signalerai la déchirure du diaphragme, sur laquelle je ne puis m'arrêter.

B. Lésions des viscères. — J'aurai seulement en vue les principales lésions des viscères thoraciques, et je me bornerai à mentionner celles qui peuvent aussi atteindre les viscères abdominaux dans les grands traumatismes du thorax; telles sont les blessures produites ordinairement par les fragments d'une côte fracturée et enfoncée vers la cavité abdominale, fragments qui peuvent venir embrocher le foie, la rate, l'estomac, etc. Dans certains cas, et sans qu'il existe de fracture, ces mêmes organes peuvent être comprimés, contusionnés plus ou moins gravement.

Les organes intrathoraciques le plus souvent atteints sont les poumons et les plèvres, puis en seconde ligne, le péricarde et le cœur. Beaucoup plus rarement la lésion porte sur les gros vaisseaux artériels et veineux ou sur l'œsophage. La lésion de ces organes est d'ailleurs rapidement mortelle et, par ce fait, dépourvue d'intérêt clinique.

Le mécanisme qui préside à la production des lésions viscérales varie suivant qu'il existe en même temps des fractures, ou que le squelette reste intact. Il est aisé de comprendre comment, dans le premier cas, un ou plusieurs fragments d'une côte ou du sternum fracturés, peuvent venir blesser la plèvre, le poumon, le péricarde, le cœur ou un autre organe du thorax. Mais on s'explique plus difficilement la pathogénie des lésions viscérales sans fracture et je dois entrer, sur ce point, dans quelques détails.

L'élasticité de la paroi thoracique joue dans ce mécanisme, le principal rôle. Nous avons vu, en effet, que le sternum, dans les compressions antéro-postérieures, chez les jeunes sujets, pouvait venir au contact de la colonne vertébrale sans qu'il en résultât une fracture ; de même, des compressions latérales peuvent aplatir la cage thoracique, et cette aplatissement peut être porté très loin sans déterminer la fracture. Or, dans ces conditions, l'agent contondant agira, pour ainsi dire, directement sur les viscères — par l'intermédiaire de la paroi thoracique — et pourra les contondre, les écraser ou les faire éclater.

Sans doute, le poumon, organe éminemment compressible et élastique, semblerait devoir échapper à cette action directe. Mais Josselin, cherchant à expliquer le mécanisme des lésions pulmonaires, dans les conditions que nous examinons, a émis une opinion qui a été assez généralement acceptée. Pour cet auteur, au moment de l'accident, il y aurait, de la part du malade, un effort instinctif de défense entraînant la fermeture de la glotte ; les poumons ainsi distendus par l'air emprisonné, offriraient une résistance anormale, en sorte que l'agent vulnérant, agissant à travers la paroi thoracique, pourrait les faire éclater comme un ballon rempli d'air que l'on comprime audelà d'une certaine limite. Cet éclatement, cette rupture du poumon, se produit, soit sur le point même ou porte la violence, il s'agit alors d'une *rupture directe*, soit sur un point plus ou moins éloigné, et l'on a affaire à une *rupture indirecte*. J'ajoute qu'alors même qu'il existe une fracture de côte, ce mécanisme de l'éclatement doit être invoqué dans bien des cas pour expliquer les lésions pulmonaires; en effet, les lésions produites par le fragment costal sont plus ou moins circonscrites, et siègent sur le point correspondant à l'extrémité de la côte brisée. Or, il n'en est pas toujours ainsi, et l'on rencontre très souvent, dans les écrasements du thorax avec fracture, de larges déchirures pulmonaires n'ayant aucun rapport direct avec la fracture, autrement dit, de véritables éclatements.

Le même mécanisme de l'éclatement est applicable aux lésions du péricarde et du cœur. Ces organes représentent, en effet, un sac rempli de liquide, lequel, pendant l'effort se trouve acquérir une tension considérable; la compression, agissant sur la paroi ainsi distendue la fait éclater. Toutefois, il se peut que la blessure du cœur et du péricarde soit produite directement par un fragment osseux dépendant d'une côte ou du sternum.

Sans entrer dans une description minutieuse de ces plaies viscérales, je me borne à vous dire qu'elles offrent les plus grandes variétés au point de vue de leur étendue, de leur forme et de leur profondeur, et qu'elles sont tantôt uniques, tantôt multiples.

Dans les contusions du thorax, et plus particulièrement lorsqu'il existe des lésions pulmonaires ou pleurales, on observe presque constamment un hémothorax.

La quantité de sang épanché dans la plèvre est plus ou moins abondante suivant son origine. Le sang peut provenir des vaisseaux de la paroi thoracique, lorsqu'il y a fracture de côte et déchirure de la plèvre ; il est alors, en général, peu abondant. Toutefois, tel n'est pas le cas, lorsque la fracture a déterminé la déchirure d'un vaisseau intercostal. Dans ces conditions, l'hémothorax peut être extrêmement abondant, presque total, et donner lieu à des syncopes ou bien à des accès de suffocation. Dans d'autres cas, la source de l'hémothorax réside dans le poumon qui est plus ou moins délacéré en même temps que la plèvre viscérale. Mais, en pareil cas, la quantité de sang épanché est modérée, car l'écoulement se tarit rapidement par suite de l'infiltration sanguine qui se forme dans le parenchyme pulmonaire, au niveau et au voisinage de la plaie, et qui agit par compression sur les vaisseaux déchirés.

Fréquemment, avec le sang, l'air envahit la cavité de la plèvre; il s'y forme un hémopneumothorax. La

quantité d'air épanché est variable, mais jamais d'une abondance extrême, car à mesure que la cavité pleurale se trouve distendue par l'air et le sang, le poumon revient sur lui-même, s'affaisse, de sorte que l'orifice par où l'air s'échappe finit par s'obstruer. L'air provient toujours, à part de rares exceptions, de la déchirure des vésicules pulmonaires et des petites bronches. Il va sans dire que la plèvre viscérale doit être en même temps déchirée pour que l'air puisse s'échapper des vésicules pulmonaires et des petites bronches et faire irruption dans la cavité pleurale.

Lorsque la séreuse pariétale se trouve déchirée en même temps, l'air contenu dans la plèvre peut s'en échapper et venir constituer un emphysème sous-cutanée. Cet emphysème apparaît, tout d'abord, au point même où existe la déchirure de la plèvre pariétale, et peut ultérieurement s'étendre sur une grande surface de la paroi thoracique. En un mot, pour que l'emphysème sous-cutané puisse se produire, suivant ce mécanisme, il faut que l'air passe du poumon dans la cavité pleurale et de là dans le tissu cellulaire des parois thoraciques. Mais, en d'autres circonstances, l'emphysème prend naissance sans qu'il y ait de pneumothorax préalable. C'est ce qui a lieu, par exemple, en cas d'adhérences des deux feuillets séreux — viscéral et pariétal — lorsque la déchirure s'effectue au niveau même de ces adhérences; l'air sorti des bronches passe alors directement dans le tissu cellulaire sous-cutané pour s'étendre plus ou moins loin sur la paroi thoracique.

Enfin, dans certains cas de contusion violente du thorax, on peut observer l'apparition de l'emphysème à la base du cou. Il est aisé de comprendre le mode de production de cette variété particulière de l'emphysème. En effet, si, dans une déchirure du poumon, la plèvre viscérale n'a pas été intéressée, l'air issu des vésicules et des bronchioles s'infiltre dans le parenchyme pulmonaire, gagne le hile en suivant les vaisseaux et les bronches, envahit le médiastin et vient, enfin, apparaître à la base du cou pour s'étendre ensuite plus ou moins loin.

En ce qui concerne les lésions du cœur, dont je ne dirai que quelques mots, elles peuvent exister avec ou sans déchirure du péricarde, et, de même que les lésions pleuro-pulmonaires, se compliquent le plus souvent d'un épanchement de sang plus ou moins abondant, parfois même d'un épanchement d'air dans le sac péricardique (hémo-pneumo-péricarde).

Pour établir le diagnostic des lésions consécutives aux écrasements du thorax, il est nécessaire de procéder avec méthode. Nous supposerons donc que nous sommes en présence d'un blessé qui, après avoir subi une violente contusion de la poitrine, se trouve dans l'état grave que nous avons observé chez notre malade lors de son entrée dans le service, et caractérisé par la stupeur, l'altération et la pâleur de la face, le refroidissement des extrémités, une dyspnée intense, et une douleur violente dans le thorax.

En premier lieu, il faut s'assurer de l'existence de lésions de la paroi thoracique et surtout du squelette. Du côté des parties molles, vous pourrez souvent constater des traces plus ou moins accusées et profondes de la contusion : ecchymoses, hématoses, épanchements de sang diffus, érosions ou plaies contuses.

Les lésions du squelette sont autrement importantes et par conséquent exigent une investigation minutieuse; il faut explorer la région sternale et y rechercher l'existence d'une fracture ou d'une luxation. En général, ces lésions sont faciles à déceler par la douleur fixe sur un point de la continuité du sternum, par le gonflement local ou par la saillie anormale des fragments déplacés; d'habitude, le fragment supérieur chevauche sur l'inférieur, en constituant un angle saillant en avant. On peut encore chercher à provoquer la mobilité anormale et la crépitation. Toutefois, il faut s'abstenir des manœuvres brutales conseillées par quelques chirurgiens, dans le but de démontrer l'existence de ces deux symptômes. Entre la luxation et la fracture du sternum, il n'existe pas de signes différentiels, car, ainsi que je l'ai dit tout à l'heure, la luxation ne pourrait se produire sans fracture.

La question des lésions sternales étant élucidée, il faut procéder à l'exploration des côtes. Je n'insiste pas sur les signes de ces fractures qui sont trop connus. Je recommande, toutefois, d'être prudent dans ces recherches, et vous devrez, dans bien des cas, pour admettre l'existence d'une fracture, vous borner à constater une douleur locale fixée dans la continuité de l'arc costal. D'ailleurs, dans les grandes contusions du thorax, la fracture est le plus souvent évidente, car elle atteint plusieurs côtes à la fois. La crépitation est alors facile à percevoir. Dans les cas de fracture unique, elle peut être fugace et ne se produire que de temps à autre. Pour la mettre en évidence, après avoir embrassé avec la main le côté blessé du thorax, on recommandera au malade soit de faire des grands mouvements de respiration, soit de tousser. Lorsque les deux fragments sont très mobiles, la crépitation peut être perçue à distance, par l'oreille. La mobilité anormale se rencontre principalement dans les fractures multiples. Parfois, la main perçoit une sensation caractéristique; il semble qu'une partie de la paroi costale se meut comme un volet pendant les mouvements respiratoires, et qu'elle pourrait être enfoncée pour peu qu'on exerçât une certaine pression.

Après avoir élucidé ce premier point du diagnostic concernant les lésions du squelette, on procédera à la recherche des lésions viscérales concomitantes, en examinant successivement tous les agents intrathoraciques : plèvre, poumon, cœur et péricarde, etc. Les lésions pleuropulmonaires se traduisent par divers symptômes que nous allons examiner successivement.

L'*hémoptysie* est un signe important. Elle peut etre plus ou moins abondante, mais se réduit, d'habitude, à un simple crachement de sang plus ou moins répété. Elle indique avec certitude la contusion du poumon, mais elle peut manquer dans la contusion superficielle et dans les déchirures de bronchioles de petit calibre. Son absence ne doit donc pas faire rejeter l'existence possible d'une contusion pulmonaire.

L'*emphysème* pariétal est également un signe certain de lésion du poumon, soit que cet organe ait été blessé par un fragment de côte, soit qu'il ait été déchiré du fait de la contusion suivant le mécanisme indiqué tout à l'heure. L'emphysème est tantôt limité à une partie de la paroi thoracique, tantot étendu sur une grande surface. Qu'il existe ou non de l'emphysème pariétal, il ne faudra jamais négliger d'explorer la base du cou afin de reconnaitre la présence de cette variété d'emphysème dont j'ai précédemment indiqué le mode de production et qui a une valeur diagnostique considérable, puisqu'elle indique une rupture du poumon sans déchirure de la plèvre viscérale.

La percussion et l'auscultation nous fourniront des signes très importants, relativement au diagnostic des

*

[illegible] on trouve une sonorité [illegible] chement d'air dans la plèvre, [illegible] du poumon. Cette sonorité [illegible] du thorax, du côté blessé, [illegible] matité, mais, d'ordinaire, cela ne [illegible] l'accident. Très [illegible] le lendemain, le sang [illegible] la plèvre, il se produit un hémo-pneumothorax qui modifie les signes fournis par la percussion. Dans ces conditions, en effet, la percussion [illegible] exagérée à la partie [illegible] à la partie inférieure. [illegible] thorax peut être [illegible] de l'accident, le sang [illegible] ment dans la cavité pleurale. [illegible] contrer de la matité [illegible] symptome indiquerait [illegible] par une grande quantité [illegible] d'un vaiss au [illegible] ale, soit plus rarement [illegible].

[illegible] re une diminution [illegible] vésiculaire, en [illegible] et correspondant [illegible] hement sanguin. [illegible] amphoriques, le [illegible] t avec certitude [illegible] certaines contusions [illegible] graves, le poumon [illegible] tut en bouillie, [illegible] remplie d'air [illegible] ir les symptômes [illegible] hémo-pneumothorax, [illegible] tintement métallique.

[illegible] de la blessure [illegible] les signes [illegible] ou de son [illegible] irrégularités du pouls, [illegible] La matité [illegible]

[illegible] par exemple différent totalement des lésions qui font l'objet de cette leçon et nous entraîneraient hors de notre sujet.

Au point de vue de l'évolution clinique et du pronostic, on peut distinguer deux formes de la contusion thoracique : l'une *grave*, l'autre *légère*.

La *forme grave* correspond le plus souvent aux déchirures étendues de la plèvre et du poumon, ainsi qu'aux blessures du péricarde et du cœur. Elle se traduit par une dépression considérable, souvent par un collapsus profond : pâleur, lividité de la face, troubles de la respiration et de la parole, petitesse et irrégularité du pouls, hémoptysies, etc. Localement, on relève de l'emphysème sous-cutané, plus ou moins étendu et des symptômes d'hémothorax, de pneumothorax ou bien encore d'hémo-pneumopéricarde et plus souvent d'hémo-pneumothorax ; parfois, enfin, on peut percevoir le bruit du moulin. La mort est très fréquemment la conséquence de cet état grave ; elle survient soit immédiatement ou peu de temps après l'accident, soit dans les jours qui suivent ; elle peut être provoquée par l'hémoptysie, plus souvent encore par l'asphyxie, lorsque la mort est plus tardive, elle est due aux complications dont il sera question tout à l'heure.

Toute autre est la symptomatologie de la *forme légère*. Parfois, elle se traduit seulement par une douleur médiocrement intense et par un peu de dyspnée ; généralement, on note quelques crachements de sang, un peu d'emphysème, mais ce signe peut faire défaut. Par la percussion et l'auscultation on reconnaît la présence de l'air ou du sang dans la cavité pleurale, mais en petite quantité. Dans quelques cas même, ces signes faisant défaut, la pénurie des symptômes fonctionnels et des signes physiques est telle qu'on peut avoir des doutes sur l'existence d'une lésion pulmonaire ou pleurale. Ces cas, qui, tout d'abord et dans les premiers jours semblent comporter un pronostic bénin, sont susceptibles de s'aggraver ensuite par l'apparition de complications plus ou moins sérieuses qui viennent éclairer tardivement le diagnostic. D'où le précepte général applicable à toute contusion du thorax, même à celles de forme, en apparence, les plus bénignes, d'être très réservé dans l'appréciation du pronostic.

Cela fait, examinons rapidement les complications qui peuvent survenir secondairement à la suite des contusions du thorax.

La *bronchite généralisée* avec expectoration muco-purulente est très fréquente ; elle est surtout à craindre chez les sujets dont l'appareil respiratoire n'était pas indemne au moment du traumatisme. La *pneumonie traumatique* est encore une complication qui se rencontre assez fréquemment. La percussion, du reste, est, en pareil cas, un des modes de réparation des lésions pulmonaires ; de là sa fréquence relative. Elle survient du deuxième au quatrième jour ; elle est assez bénigne d'ordinaire, et ne dure que 8 à 10 jours comme une pneumonie ordinaire ; parfois, cependant, elle se termine par la mort. L'agent pathogène de cette pneumonie est — comme pour la pneumonie franche aiguë — le pneumocoque de Friedländer.

La *gangrène pulmonaire* est heureusement plus rare ; elle survient le plus souvent tardivement, quelquefois, pourtant, elle suit de près la contusion du poumon. Dans le premier cas, elle résulte d'une inflammation éliminatrice, tandis que dans le second elle est la conséquence du sphacèle immédiat d'une portion du parenchyme pulmonaire ; dans les deux cas, on peut parfois constater l'élimination des parties mor-

tifiées. La *pleurésie* est très fréquente dans la contusion du thorax, et se montre sous diverses formes. Tantôt, c'est une simple pleurésie séreuse, avec épanchement peu abondant ou au contraire d'une telle abondance que la thoracenthèse devient nécessaire pour prévenir les accidents de suffocation ; tantôt, il s'agit d'une pleurésie purulente, forme très fréquente dans la gangrène du poumon, mais pouvant survenir aussi en dehors de cette gangrène, du fait d'une infection secondaire du liquide primitivement séreux. Il existe, enfin, une autre forme de pleurésie, à la fois purulente et putride, conséquence possible des deux premiers modes d'inflammation pleurale, mais qui succède d'habitude à l'hémo-pneumothorax. Cette pleurésie putride résulte d'une infection secondaire du liquide hématique épanché dans la plèvre, infection dont les causes diverses nous échappent le plus souvent. Je m'empresse d'ajouter que, dans le plus grand nombre de cas, le pneumothorax et l'hémothorax succédant aux contusions de la poitrine, guérissent spontanément et même parfois assez vite.

Avec les notions chimiques que je viens de vous rappeler rapidement, il nous sera maintenant possible d'établir le diagnostic des lésions qui peuvent exister chez notre malade. Ainsi que je vous ai prescrit de le faire, nous commencerons par rechercher l'existence des lésions du squelette, puis nous nous livrerons à la même recherche en ce qui concerne les viscères intrathoraciques.

La fracture de côte est de toute évidence et se manifeste par une douleur siégeant à la partie supérieure du thorax, du côté gauche, et surtout par la crépitation perceptible pendant les mouvements de la respiration et pendant les secousses de la toux. Cette fracture siège vers la partie moyenne de la quatrième ou cinquième côte gauche. En examinant les régions voisines, nous avons de plus constaté une fracture de la partie moyenne de la clavicule gauche, avec chevauchement du fragment interne en haut ; la mobilité anormale des fragments et la crépitation y sont évidentes.

En ce qui concerne les lésions viscérales, nous n'avons rien trouvé du côté du cœur ou du péricarde, rien non plus du côté des organes abdominaux. Les lésions sont limitées à la plèvre et au poumon.

Bien que le malade n'ait pas eu d'hémoptysie et n'ait même pas expectoré un crachat sanglant, la lésion pleuro-pulmonaire doit être admise si l'on s'en rapporte à l'existence d'un emphysème pariétal et aux signes fournis par l'auscultation. En effet, lors de l'entrée du malade, l'interne de la salle a constaté la présence d'un emphysème pariétal limité, siégeant en avant et à gauche, au voisinage de la côte fracturée. Cet emphysème avait disparu dès le lendemain. L'auscultation pratiquée au même moment, c'est-à-dire très peu de temps après l'accident, a fait reconnaître une crépitation fine à la base du poumon droit et sur toute la hauteur du poumon gauche. La percussion donnait une sonorité normale ou à peu près des deux côtés, en sorte qu'il n'était pas permis de songer à l'existence d'un pneumothorax ni d'un hémothorax. Cependant l'emphysème pariétal d'une part, les signes fournis par l auscultation d'autre part, indiquait une congestion des deux poumons d'autre part, ne laissaient pas de doute relativement à la contusion et à la déchirure de ces organes. En résumé, le diagnostic pouvait être ainsi formulé : fracture de la clavicule gauche, fracture de la quatrième et de la cinquième côtes gauches ; contusion légère des deux poumons, plus forte à gauche, sans pneumothorax ni hémothorax. D'après cela, et en tenant compte du peu de gravité apparente des lésions pulmonaires, on était tenté de porter un pronostic absolument bénin et de supposer que la guérison surviendrait en quelques jours et sans aucune complication. Et cependant, bien que ces prévisions semblassent devoir se réaliser en raison de l'amélioration qui s'est manifestée dès les premiers jours, la douleur ayant disparu et la respiration étant redevenue normale, en même temps que la température ne dépassait pas 37°, nous constatons aujourd'hui par la percussion et l'auscultation les signes évidents d'une bronchite étendue à tout le côté droit et d'une broncho-pneumonie du côté gauche. Du côté droit, il y a plutôt à la percussion de la sonorité un peu exagérée, et à l'auscultation, de gros râles sous-crépitants, entremêlés de râles sibilants du haut en bas de la poitrine. Du côté gauche, la matité est complète dans toute l'étendue du poumon ; quant à l'auscultation, elle révèle l'existence de râles sibilants mêlés, en divers points, à des bouffées de râles crépitants fins, survenant au moment de l'inspiration. Vers la partie moyenne, et en arrière on perçoit du souffle bronchique assez rude et de la résonnance de la voix. Il n'y a pas d'égophonie. Ces signes nous montrent bien, comme je le disais, que les lésions sont presque limitées au poumon et qu'il n'y a eu ni hémothorax ni pneumothorax.

L'observation de ce malade vient donc confirmer ce que je disais tout à l'heure du pronostic des formes bénignes de la contusion du poumon, qu'il faut toujours prudemment réserver. Vous voyez, en effet, que cette contusion se traduisant au début chez notre malade par quelques rares symptômes à peine suffisants pour établir le diagnostic, et se présentant avec les caractères de la plus grande bénignité, s'est néanmoins compliquée d'accidents graves du côté du poumon (bronchite généralisée et broncho-pneumonie), qui, dans de certaines conditions, et chez un sujet affaibli, pourraient entraîner la mort. Fort heureusement il n'en est pas ainsi pour notre malade qui a les plus grandes chances de guérir.

Le traitement comporte deux ordres d'indications visant : 1° les effets immédiats de l'accident ; 2° les lésions traumatiques et leurs complications.

Au moment de l'accident ou dans les heures qui suivent, on doit combattre le collapsus et relever l'état général du malade. On aura recours aux médications usitées en pareils cas, les injections de sérum, d'éther, de caféine, etc. Une fois ce résultat obtenu, il faudra calmer la douleur et la dyspepsie par l'emploi de l'opium, surtout sous forme d'injections de morphine, par les inhalations d'oxygène, l'immobilisation, etc.

Les fractures des côtes et du sternum seront immobilisées par l'application d'un bandage de corps en diachylum.

Voilà pour le traitement immédiat ; ultérieurement l'observation du malade nous conduira à compléter ce traitement par l'emploi des moyens thérapeutiques applicables aux diverses complications qui peuvent survenir. La bronchite ou la pneumonie seront traitées médicalement. La pleurésie purulente nécessitera la pleurotomie, de même que l'hémothorax ou le pneumothorax infectés. On traitera la gangrène pulmonaire par une incision pleurale permettant l'évacuation de la portion sphacélée du poumon. Je ne pourrais entrer dans le détail du traitement de toutes ces complica-

tions, sans sortir des limites de cette leçon. D'ailleurs, dans le cas de notre malade, il n'existe aucune indication d'intervenir chirurgicalement ; l'immobilisation du thorax par un bandage au diachylum et un traitement médical simple suffiront non seulement pour amener la réparation de la côte fracturée, mais aussi pour guérir les complications pulmonaires.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Au sujet du personnel hospitalier.

A la reprise de ses leçons cliniques, après les vacances de Pâques, M. le Pr Terrier a exposé avec sa franchise habituelle les difficultés qu'il a rencontrées dans le fonctionnement de son service à l'hôpital de la Pitié. Les plaintes de M. le Pr Terrier méritent examen et il a raison de rappeler le mot de Figaro : « Il faut s'empresser d'en rire pour ne pas en pleurer. » Les unes ont trait aux chinoiseries administratives, aux règlements surannés qui ne permettent pas de se procurer le gaz nécessaire au fonctionnement des appareils de stérilisation, tandis qu'un calorifère fissuré déverse largement dans la salle d'opérations ses produits délétères, les autres exposent les difficultés rencontrées « pour faire ourler et blanchir les compresses indispensables pour les opérations aseptiques, les nombreuses réclamations pour obtenir du linge propre ou à peu près pour coucher les malades ». Parmi elles nous relèverons tout particulièrement celles qui intéressent le personnel des infirmiers et infirmières. Le Pr Terrier, en parfaite communion d'idées avec nous, rappelle, « en les approuvant des deux mains », les réflexions faites naguère par M. Bourneville dans ce journal (*Progrès médical*, 21 avril 1900, p. 249-250), où il se plaignait vivement du service de veille que l'on confie à des nouveaux infirmiers inexpérimentés et du recrutement du personnel rendu très défectueux par la difficulté des fonctions que l'on impose aux nouveaux venus. M. le Pr Terrier ajoute à ces justes réclamations de notre rédacteur en chef tout le poids de son autorité et y joint quelques exemples topiques, que nous ne saurions passer sous silence. A la Pitié, par exemple, la veilleuse de nuit chargée de soigner les grands opérés, était attachée en outre aux malades atteints de fièvre typhoïde et M. Terrier dut s'adresser au directeur général de l'Assistance pour faire cesser cet état de choses qu'il qualifie, avec indulgence, de scandaleux.

Autre fait que nous empruntons textuellement à la leçon du maître (1) : « Un malade entre dans mon service pour une lésion grave du larynx ; on lui fait d'urgence une trachéotomie et mon interne, M. Gosset, demande au directeur un infirmier chargé spécialement de veiller cet opéré. Un homme était employé au chantier de bois et charbons, il fut choisi par le directeur de l'hôpital et l'opéré, dont la canule s'était déplacée dans la nuit, succomba. » Ceci suffit et épargne tout commentaire.

Il est bon d'entendre formuler de temps à autre des critiques de ce genre, c'est le seul moyen d'empêcher les abus de se perpétuer. Nous devons remercier M. le Pr Terrier d'avoir voulu, du haut de sa chaire, constater la nécessité de l'instruction et de l'éducation professionnelles du personnel secondaire des hôpitaux ; trop longtemps le corps médical avait montré à l'égard de ce dernier une indifférence regrettable, et il est de bon augure pour nos services hospitaliers de voir des médecins et des chirurgiens avoir souci de la situation morale et matérielle des infirmiers et infirmières qui sont pour eux d'indispensables auxiliaires. Aussi nous nous empressons de relever, avec nos plus vives félicitations, une des conclusions du remarquable rapport de M. Jacquet à la *Société médicale des hôpitaux* sur l' « Alcoolisme dans les hôpitaux de Paris :

« Pour préserver, dit M. Jacquet, le personnel infirmier de la phtisie que lui vaut trop souvent la double influence de la contagion professionnelle et de l'alcoolisation, assurer à ce personnel, dans chaque hôpital, *un lieu de réunion convenable, avec des jeux, des journaux et des livres*, où il puisse aux heures de loisir, se distraire et se préserver du cabaret (1) ».

Nous savons qu'il est de bon goût même dans des milieux prétendus éclairés, de critiquer sans réserve, et de blâmer sans retenue les fautes des infirmiers et infirmières des hôpitaux ; ces censeurs outrés ignorent, il est vrai, comment on les recrute, ce qu'on exige d'eux et ce qu'on leur promet en échange. Avant de flétrir ces malheureux souvent irresponsables parce qu'inconscients, il serait parfois bon de rechercher à qui incombe le soin de les guider, de faciliter leur éducation, et si ce n'est pas à d'autres que remonte la vraie responsabilité de leurs fautes ou de leurs méfaits.

J. Noir.

Laïcisation de l'Assistance publique à Paris.

Dans le but de se renseigner sur l'attitude que les chefs des grandes administrations ont l'intention de prendre devant le nouveau Conseil municipal, un rédacteur de l'*Aurore* a eu une entrevue avec quelques-uns d'entre eux. Nous n'en retiendrons que les déclarations de M. le Dr Napias, directeur de l'Assistance publique.

« M. Napias nous déclare, dit le rédacteur, qu'il défendra et poursuivra avec énergie l'*œuvre de laïcisation commencée* par ses prédécesseurs. Autrefois, — nous dit-il, — j'étais attaqué par mes amis et j'hésitais à leur répondre trop brusquement ; j'aurai maintenant des adversaires irréconciliables devant moi et je saurai me défendre. »

Nous enregistrons cette déclaration avec plaisir. Elle nous permet d'espérer que M. Napias veillera avec un soin scrupuleux au fonctionnement régulier et au perfectionnement des écoles municipales d'infirmiers et d'infirmières et qu'il fera valoir, auprès du Gouvernement de défense républicaine, tous les arguments qui militent en faveur du prompt achèvement de la laïcisation des maisons de secours et de la laïcisation des deux derniers hôpitaux encore entre les mains des religieuses, c'est-à-dire l'Hôtel-Dieu et l'hôpital Saint-Louis. Tant que cette dernière réforme ne sera pas réalisée, les congrégations s'imagineront qu'elles peuvent s'appuyer, comme d'une forteresse sur l'Hôtel-Dieu pour reconquérir les positions perdues.

B.

(1) In *Gaz. hebdom. de méd. et chir.*, 20 mai 1900, p. [illegible].

(1) Voir [illegible] le *Palmarès* des Écoles d'infirmières.

Les religieuses pharmaciennes.

Nous avons souvent signalé les abus qui résultent de l'exercice de la pharmacie par les religieuses. Ces abus ont existé de tous temps (1). Dans un rapport fait en 1836, sur l'organisation des secours à domicile, au nom d'une commission présidée par Orfila, Leuret, rapporteur, s'exprime ainsi :

« ... Voici les principaux griefs qui ont été articulés pour obtenir une modification dans le règlement relatif à la pharmacie :

1° Les sœurs n'ont pas de titre légal pour exercer la pharmacie ; 2° Elles ne connaissent pas la pharmacie; 3° Leurs préparations et jusqu'à leurs tisanes sont mal faites; 4° Il est arrivé qu'elles ont donné un médicament pour un autre, une dose forte pour une dose faible. Par exemple, on a délivré trois gros d'extrait de belladone, au lieu de trois grains qui étaient prescrits; 5° La conservation des médicaments, chose quelquefois fort délicate et cependant très importante, laisse, chez les sœurs, beaucoup à désirer. Ainsi, la Pharmacie Centrale leur délivre des sirops, du cérat et d'autres préparations, à cause du peu de consommation que l'on fait de certaines préparations, elles vieillissent, s'altèrent et on est obligé de les jeter, ce qui est une perte très notable ; 6° Les sœurs ne donnent pas toujours les quantités portées sur les bons des médecins ; 7° Elles ont plusieurs fois refusé certaines substances, le miel, par exemple, ne voulant pas le donner en nature, mais en solution ; 8° La nuit, elles ne se relèvent jamais pour délivrer les médicaments, et les dimanches et jours de fête, elles ne sont pas dans leurs pharmacies. »

Ces griefs existent toujours, sans compter le commerce des médicaments ni l'approvisionnement, parfois, des communautés de la même congrégation. Le *Répertoire de pharmacie* a souvent protesté, en s'appuyant sur des faits précis, contre l'exercice de la pharmacie par les religieuses.

B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 22 mai 1900. — PRÉSIDENCE DE M. MAREY.

La filaire du sang.

M. BLANCHARD présente au nom de M. PATRIK-MANSON, des préparations de filaire du sang. Il montre que les filaires ne se propagent pas par l'eau, mais bien par la piqûre des moustiques. Toutefois les variétés de moustiques inoculateurs diffèrent pour la filaire et pour l'impaludisme.

Sérum anti-alcoolique.

M. BROCA, SAPELIER, THIBAULT présentent 53 observations nouvelles traitées par le sérum anti-alcoolique. Les résultats sont : 13 échecs, 8 améliorations et 32 succès, ce qui donne : échecs, 25 0/0 ; améliorations, 15 0/0 ; succès 60 0/0. De ces observations on peut conclure : 1° L'action du sérum anti-alcoolique ne peut être attribuée à l'imagination ni à la suggestion parce que, parmi les succès, certains sujets ont ignoré la raison et la nature de leur traitement, parce que les hystériques, les neurasthéniques et les suggestionnables figurent tous dans les échecs ou tout au plus dans les améliorations. 2° L'action du sérum anti-alcoolique est uniquement physiologique et consiste en un réveil des actes reflexes dont l'ensemble constituait primitivement le dégoût instinctif de l'homme pour l'alcool. Le sérum actionne l'économie en excitant les divers appareils à agir contre les effets du toxique, comme aussi en agissant sur la circulation, sur la nutrition, etc. Il rétablit l'habitude, première nature physiologique, au lieu et place de l'habitude, seconde nature, résultat de l'éducation perversion du goût à l'égard de l'alcool. Le sérum anti-alcoolique refait de l'alcoolomane un instinctif. L'alcoolomane sans tares et non hospitalisé, traité par anti-éthyline, perd son éducation alcoolique, il perd sa tolérance, son accoutumance, son besoin et son goût à l'égard [illegible] boissons fortement alcoolisées [illegible] nes se produisent, mais plus [illegible] ficilement, à l'égard du vin, [illegible] faiblesse relative du vin en alcool [illegible] des désordres produits par le vin [illegible] 3° La nature physiologique de l'action du sérum trouve une confirmation dans l'[illegible] toutes les tares : psychoses, [illegible] trition, quelles que soient [illegible] affections.

Radiographie.

M. PINARD présente des radiographies [illegible] entier prises chez la femme vivante, [illegible] se rendre un compte exact des [illegible]

Élections.

MM. BONDET (de Lyon) et [illegible] (de Nantes) sont élus associés nationaux.

MM. LAROYENNE (de Lyon) et [illegible] correspondants nationaux.

Liste de classement pour l'élection de deux associés nationaux :

En 1re ligne, M. Pierret (de Lyon). En 2e ligne, M. [illegible]rache (de Bordeaux). En 3e ligne, M. [illegible]. En 4e ligne, M. Lacassagne (de Lyon).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX.

Séance du 25 mai 1900. — PRÉSIDENCE DE M. [illegible]

Méningite cérébro-spinale.

M. NETTER lit une communication de M. [illegible] de méningite cérébro-spinale chez un [illegible] province de Constantine. La [illegible] Au début, le diagnostic a été difficile; [illegible] tive a permis d'éliminer la fièvre typhoïde. [illegible] mort. Jusqu'à la veille du décès, [illegible] ont permis de constater l'augmentation des leucocytes polynucléaires et aussi celle des [illegible] le diplococcus de Weichselbaum qu[illegible] avec le méningocoque. Le signe de Kernig [illegible] cours de la maladie. M. Netter, [illegible] observées, l'a trouvé presque [illegible] des renseignements sur les cas [illegible] vince sous forme de petites [illegible] Poitiers (Delpeuch), à Marseille (d'[illegible]) [illegible] tine, etc.

Mensuration du cœur.

M. VARIOT expose rapidement [illegible] du cœur par la radioscopie.

M. [illegible]IPOTEAU fait, au tableau, [illegible] procédé et des corrections [illegible] spécial pour ramener aux [illegible] mensurations de l'ombre radio[illegible]

M. POTAIN ne [illegible] pas la [illegible] mais il fait remarquer que [illegible] mensuration du cœur, ne [illegible] n'est pas facile de transporter [illegible] malade. [illegible] qu'il n'est pas [illegible] du volume du cœur [illegible] intéressant, c'est qu'il [illegible] percussion qu'il faut savoir [illegible]

[illegible]

M. [illegible] et M. [illegible] quer qu'en [illegible] 18[illegible], [illegible] une [illegible] avec [illegible] hypertrophie [illegible] ictère. Dans la littérature [illegible] logues mais [illegible] rhoses hypertrophiques [illegible] hypertrophiques, mais il ne [illegible] la rate dans la description [illegible]

(1) Extrait des *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, tome XV, page [illegible], 1836.

gnale au cours de certaines observations, mais ne lui donne qu'un rôle secondaire. Depuis 1895, M. Gilbert fit et fit faire de nombreux travaux à ce sujet. Popoff publia une observation analogue, mais pas très typique, car le malade était un malarien. En novembre 1895, Popoff communiqua à M. Gilbert un travail qu'il aurait publié dans des cliniques en 1892, mais M. Popoff ne paraît pas avoir voulu séparer cette maladie du groupe des cirrhoses hypertrophiques biliaires. Cette cirrhose se rencontre dans l'adolescence et au début de l'âge adulte. Elle se développe comme la maladie de Hanot, sans cause occasionnelle bien déterminée. Cette maladie est rare mais non exceptionnelle, puisque M. Gilbert en a observé 9 cas. Comme symptômes, le malade a des troubles digestifs, parfois des douleurs spléniques avec tuméfaction de la rate, et d'accidents hépatiques avec ictère, plus fréquents au début que les signes spléniques. A la période d'état il y a de l'augmentation du volume de la rate qui devient énorme, et du foie peu développé, comparativement à la rate, des troubles fonctionnels spléniques et hépatiques. Il n'y a ni développement des veines de la paroi, ni ascite. La santé générale est très altérée. On note des troubles dystrophiques (doigt hippocratique, rhumatisme subaigu, arrêt de la croissance, retard de la puberté). La marche est chronique avec paroxysmes. L'érysipèle et la pneumonie surviennent fréquemment au cours de ces maladies, mais leur évolution est le plus souvent bénigne, souvent ces affections intercurrentes ramènent une amélioration de l'hypersplénomégalie. L'anatomie pathologique de cette affection est encore mal connue. Les ganglions se comportent comme la rate, qui est plus altérée que dans la maladie de Hanot. Au point de vue de la pathogénie, on peut admettre une origine splénique primitive. Cependant rien ne prouve ce début splénique et M. Gilbert croit que le début est gastro-intestinal, ce serait une angiocholite ascendante de nature infectieuse. L'hypertrophie de la rate serait secondaire, la rate se comportant en réalité comme un ganglion du foie.

M. CHAUFFARD n'envisage pas de la même façon la pathogénie de cette maladie que M. Gilbert, qui suppose que l'infection se fait par reflux du sang veineux dans la veine splénique. Il y a un certain nombre de cas où le début de la maladie est absolument et indéniablement splénique. Il ne prétend pas que la lésion splénique est protopathique, mais il la croit antérieure à la lésion hépatique, il ne voit pas pourquoi on préférerait l'épithète hypersplénomégalique qui n'est qu'une épithète de volume. Il croit qu'il faut se borner à des cadres assez lâches, il préfère le terme métasplénomégalique, qui rappelle l'origine splénique de la maladie. J. N.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 23 mai 1900. — PRÉSIDENCE DE M. RICHELOT.

Gastrostomie.

M. MONOD a eu l'occasion de faire une gastrostomie où, grâce à des adhérences dues à une gastropexie antérieure, il a pu se contenter d'une simple ponction avec un trocart, sans pratiquer un ourlet de la muqueuse; le résultat est parfait.

M. QUÉNU fait remarquer que même avec une simple ponction, cet ourlet est possible; de plus, il a l'habitude d'employer une manœuvre un peu spéciale, qui consiste à rétrécir le trajet muqueux un peu au-dessous de l'orifice, par un fil passé en bourse.

M. POIRIER a eu la bonne fortune de faire avec le procédé décrit par lui récemment, deux gastrostomies, qui ont duré 12 et 14 minutes et dont le résultat est excellent.

Pachivaginalite chronique.

M. LEJARS rapporte une observation de MM. Gerbaun et Grancher concernant une pachivaginalite chronique avec deux poches superposées et dont la supérieure paraît n'être, pour M. Lejars, qu'un kyste du cordon; la vaginale a été extirpée en laissant le testicule et le malade a guéri.

Kyste ovarien et fibrome de l'utérus.

M. MONOD relate une observation de M. Girau (d'Aurillac), concernant un kyste volumineux du ligament large avec volumineux fibrome de l'utérus; M. Girau fit l'ablation des deux tumeurs et la malade guérit. M. Monod pense que c'est la conduite à tenir habituellement, que le kyste ou le fibrome sont l'affection prédominante.

Tuberculose rénale (suite).

M. TUFFIER veut surtout envisager deux points de la question : 1° le diagnostic est-il toujours possible? généralement facile. M. Tuffier croit que quand nous faisons le diagnostic, les lésions sont déjà avancées; le cathétérisme urétéral ne doit pas être employé dans tous les cas; il faut, en effet, pour obtenir des résultats mathématiques, avoir les urines de 24 heures; or, laisser la sonde en demeure pendant ce laps de temps, ne paraît pas être une pratique absolument inoffensive; d'autre part, il est des cas où il est inutile; par exemple, quand l'urine prise dans la vessie est normale. M. Tuffier a pratiqué 9 néphrectomies lombaires, avec guérisons, 7 néphrectomies, dont 2 morts, et dans aucun cas il n'a employé le cathétérisme. 2° Quelles sont les indications opératoires? M. Tuffier n'est pas aussi radical que M. Albarran; souvent le vrai malade est plus utile que nuisible et il vaut mieux le laisser; néphrectomiste dans la plupart des cas, il reste néphrectomiste dans les pyélonéphroses; il y a enfin des cas où l'état général contre-indique l'intervention.

Au point de vue du pronostic, l'opération est excellente, et c'est peut-être la tuberculose viscérale qui donne des résultats des plus surprenants. La forme clinique a-t-elle une importance? c'est un point qui n'est pas élucidé.

Quant à l'uretère, s'il est dilaté, ce qui indique une obstruction, il l'enlève aussi bien que possible; si, au contraire, il est sclérosé, rétréci, difficile à enlever, il le laisse après cautérisation.

Stérilisation des mains (suite).

M. ROCHARD pense que la désinfection des mains est possible; d'autre part, les gants sont extrêmement gênants et il ne les emploie que pour les opérations septiques.

M. TERRIER pense que lorsque les mains ont été contaminées, il vaut mieux, le jour même et même le lendemain, ne pas pratiquer d'opération aseptiques ; les expériences de M. Bazy ne sauraient constituer des arguments péremptoires; d'une part, le péritoine du lapin et celui de l'homme réagissent différemment à l'infection; d'autre part, s'inoculer le doigt comme Bazy dans ses expériences, ce n'est pas comparable à la contamination qui résulte d'une opération ayant duré 1 heure au plus. M. Terrier a une confiance très limitée dans le lavage des mains; de plus, comme durant l'opération, on se les infecte toujours, il se lave fréquemment pendant l'acte opératoire et s'essuie les mains avec une compresse aseptique. M. Terrier ne se sert des gants que dans les opérations septiques. SCHWARTZ.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 26 mai 1900. — PRÉSIDENCE DE M. RICHELOT.

La séance est ouverte à 4 h. 20.

Le procès-verbal de la dernière réunion est adopté.

M. LE PRÉSIDENT annonce que M. de VALCOURT, membre correspondant, assiste à la séance.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL fait savoir que M. Chervin, membre titulaire, vient d'avoir la douleur de perdre son jeune fils, élève de philosophie. La Société adresse à M. Chervin l'expression de ses regrets et de sa douloureuse sympathie.

CORRESPONDANCE IMPRIMÉE. — Revues et journaux habituels. — *Hépatisme et névropathie*, mémoire de M. le Pr Massalongo. — Statuts de la *Mutuelle médicale française de retraites*.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE. — 1° Lettres de MM. Roubinovitch, Jullien et Dhomont, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance. 2° Lettre de M. le Dr Henri Voisin, remerciant la Société de l'avoir nommé membre titulaire.

M. LE PRESIDENT annonce à la Société la mort de M. Jules Chéron, membre titulaire : la Société adresse à la famille ses sentiments de condoléance.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL lit, au nom de M. Mouzon, un rapport sur la candidature de M. Edmond Vidal au titulariat.

Messieurs,

Vous avez tous écouté avec intérêt le travail lu à cette tribune par notre jeune confrère, le Dr Edmond Vidal, à l'appui de sa candidature au titulariat.

Traitement de la neurasthénie féminine par les extraits d'ovaires. Tel était le sujet traité et mis à jour par l'observateur sagace, épris de cette question toute d'actualité. Avec la modestie qui sied même aux savants à barbe blanche, il vient nous soumettre le résultat de son expérience, de ses recherches, de ses observations, et, sans prétendre avoir trouvé dans un nouveau mode de traitement une panacée universelle, il réclame pour sa médication droit de cité et il pense qu'elle doit figurer en bonne place à côté des autres systèmes préconisés pour la guérison d'une affection essentiellement capricieuse et protéïque, aussi bizarre que fréquente à cette époque de luttes et de jouissances effrénées.

L'auteur commence par définir la neurasthénie qu'il dénomme : « Un affaiblissement durable de la force nerveuse. » Il donne ensuite un portrait remarquable de la neurasthénique avec son absence de volonté et de logique, ses bizarreries de caractère et de goûts, ses idées fantasques et décousues, ses désordres dans les sentiments aussi bien que dans les sensations, son humeur triste pouvant aller jusqu'au dégoût de la vie et au suicide, ses insomnies persistantes, ses phases d'excitation ou de dépression caractérisées tantôt par un besoin inconsidéré de mouvement, tantôt par une immobilité stupide et morne. Toute cette description est faite de main de maître et indique un clinicien avisé et perspicace. J'aurais aimé voir ce tableau suivi d'un diagnostic différentiel entre la neurasthénie et l'hystérie que beaucoup tendent à confondre intimement, au point de n'en faire qu'une double manifestation d'une même entité morbide. On comprend que l'auteur avait hâte d'arriver au traitement du mal qui l'occupe, mais quelques mots en passant sur les troubles plus profonds de la grande névrose, troubles intéressant particulièrement la motilité et la sensibilité générale ou partielle, eussent évité cette légère critique de notre part.

Je ne m'attarderai pas à discuter avec notre distingué confrère pour savoir si la neurasthénie féminine est plus fréquente que la neurasthénie dans le sexe soi-disant fort. J'aime mieux croire avec lui que la femme, par sa constitution, son tempérament et sa nature même, plus encore que par l'ébranlement si redoutable pour elle des émotions vives et des passions violentes, est une candidate spécialement désignée aux atteintes de la maladie particulière qui nous occupe.

M. Edmond Vidal nous indique ensuite comment il fut amené à concevoir le mode de traitement qu'il a mis en pratique. Frappé par l'insuccès ou tout au moins l'inconstance des différents systèmes de traitement opposés d'ordinaire à la neurasthénie, il se rappela les constatations faites, dès 1889, par Brown-Séquard sur « l'action réconfortante du suc ovarien dans l'organisme des vieilles femmes ». Ce souvenir l'amena à étudier les expériences de Curatulo et de Torelli en Italie démontrant l'influence de la sécrétion de l'ovaire sur l'organisme, où elle jouerait un rôle d'oxydation des hydrocarbures et des graisses. Les travaux récents d'Armand Gautier établissant l'analogie entre les deux sécrétions ovarienne et testiculaire où se révèle la présence d'un même alcaloïde, achevèrent de le convaincre, et il passa de l'expérimentation à la clinique. L'auteur passe successivement en revue les divers procédés d'administration de la substance ovarienne. Il décrit, avec un soin extrême et une compétence indéniable, les divers systèmes préconisés pour l'absorption facile et surtout efficace de l'organe médicament. Nous n'entrerons pas dans l'examen détaillé de ces différents systèmes, disons seulement que la méthode de choix, pour M. Edmond Vidal, paraît être sans conteste celle de Gilbert et Carnot, consistant à préparer les extraits d'ovaires dans les liquides antiseptiques toxiques qu'on neutralise ensuite.

Avec le produit ainsi préparé, on procède à des injections intra-musculaires, en s'entourant de toutes les précautions antiseptiques les plus minutieuses. L'auteur indique aussi, pour les malades pusillanimes, une médication plus facilement acceptable d'extraits secs ou papaïniques en tablettes ou en pilules, mais l'expérience lui a prouvé que ce dernier mode d'administration est bien moins efficace que le premier. M. Vidal termine en donnant le résultat de 61 observations. Parmi elles, 11 malades furent traitées par les injections sous-cutanées de suc ovarique; 9 furent totalement guéries et deux ne purent être suivies assez longtemps. L'amélioration se serait manifesté dès la sixième injection, mais il aurait fallu de 16 à 20 piqûres espacées de deux ou trois jours en commençant à 0,01 c.c. pour arriver graduellement à 0,03 et même 0,05 c.c. Rarement les séries devraient être renouvelées après un mois de repos. Les autres observations portant sur des malades traitées par les ampoules ovariques auraient donné des résultats bien moins satisfaisants : 5 guérisons sur 47 cas. L'ingestion d'ovaires crus acceptée par 3 malades aurait donné 2 améliorations et 1 guérison.

Ce sont là des résultats intéressants et qui, certes, doivent engager les praticiens à recourir à cette médication contre une maladie si capricieuse et parfois si rebelle aux divers agents thérapeutiques, et il faut savoir gré à notre jeune confrère de ses efforts, de ses recherches et de son travail où il se montre tour à tour praticien érudit et observateur sagace.

Ajoutons que le Dr Edmond Vidal, ancien lauréat de l'école d'Alger, ancien externe des hôpitaux de Paris, a publié après sa thèse, en juin 1893, sur les fractures spontanées pendant la grossesse et l'accouchement, de nombreux travaux parus, soit dans le *Bulletin de la Société de Thérapeutique* (avril et novembre 1896, novembre 1897), soit dans les *Archives de Thérapeutique*, revue mensuelle fondée par lui en octobre 1898. Nous avons donc à notre porte un travailleur acharné et un clinicien passionné pour notre art qui doit toujours et par-dessus tout rester l'art de guérir. En consépuence, votre commission composée de MM. Dubuc, Jullien et Mouzon, rapporteur, vous propose d'admettre dans notre Société le Dr Edmond Vidal, persuadés que nous sommes de n'avoir qu'à nous applaudir de ce choix.

Les conclusions favorables de ce rapport sont adoptées : le vote aura lieu dans la prochaine séance.

M. RICHELOT demande à dire quelques mots sur ce sujet dans une réunion prochaine.

M. VILLEPRAND lit son rapport sur le rôle de la Société de Médecine de Paris dans la lutte contre l'alcoolisme. (Ce rapport sera publié dans le prochain numéro.)

M. LE Dr ROCHÉ lit un travail de candidature au titulariat intitulé : **Valeur diagnostique et pronostique de caries dentaires multiples en pathologie générale.**

L'examen des titres du candidat est renvoyé à une commission, composée de MM. Mouzon, Pellier et Villeprand, rapporteur.

M. Suarez de Mendoza fait une communication sur un **Nouveau procédé sûr et rapide pour pratiquer l'ouverture totale ou partielle des cavités de l'oreille** (*Sera publié.*)

M. Guépin lit une observation de **Calcul urinaire de la prostate avec taille périnéale.**

Messieurs,

Au moment où j'avais l'honneur de vous communiquer l'observation d'un malade porteur de deux gros calculs uriques de la vessie (95 et 97 grammes) auquel je fis la taille sus-pubienne et qui, d'ailleurs, est parfaitement rétabli, notre collègue M. le Dr Villeprand voulait bien m'adresser un de ses clients, âgé de 61 ans, atteint, d'après les spécialistes qu'il avait consultés, d'une cystite rebelle à tous les traitements. L'exploration vésicale pratiquée à plusieurs reprises, toujours était restée négative. Ce malade souffrait depuis trois ans environ. Jusque-là d'une bonne santé habituelle, à la suite d'une colique néphrétique terminée par la sortie de cinq petits graviers rouges, il conserva des mictions fréquentes, douloureuses à la fin et parfois légèrement teintées de sang. Puis, avec des périodes de calme relatif et des moments d'exacerbation spontanée en apparence, il put arriver jusqu'au début de l'année 1900. Toutes les thérapeutiques essayées restaient à peu près sans effet. Une aggravation très notable de son état le décidait alors à demander à notre confrère qui le voyait seulement depuis quelques jours, l'adresse d'un nouveau spécialiste ; peut-être, espérait-il, celui-là trouverait un moyen de soulager ses souffrances ; car quelques lavages boriqués, effectués cependant par un médecin autorisé, paraissaient avoir exaspéré la vessie. Homme vigoureux, sans lésion organique appréciable, M. X... nous fait connaître sa situation, le 9 avril dernier : habitudes sédentaires, régime sobre, aucune grande maladie antérieure. Les mictions sont très fréquentes, tous les trois quarts d'heure environ le jour et la nuit, suivies d'épreintes douloureuses s'irradiant vers l'anus, accompagnées elles-mêmes de la sortie d'un peu de sang rouge. Urines acides dont le dépôt ne contient que du sang. Prostate souple, de volume normal, contenant à droite et en haut un noyau dur, très nettement limité, gros comme l'extrémité du doigt sensible à la pression. Je conclus aussitôt à la présence probable d'un gravier engagé dans la portion prostatique de l'urètre et je proposais à M. X... l'exploration vésicale sous l'anesthésie chloroformique.

Malgré l'appui du Dr Villeprand qui partageait ma manière de voir, le malade fut long à se décider. La vessie, répétait-il, avait été explorée déjà plusieurs fois, sans que le moindre calcul y ait été découvert et tous les médecins antérieurs étaient à ce point de vue absolument affirmatifs. Une course en tramway — jusqu'à ce jour si la voiture lui était fort pénible, le tramway et la marche restaient cependant bien supportés — fut l'occasion d'une véritable hématurie avec caillots et violentes douleurs à l'anus et à l'hypogastre. L'appétit diminua, les forces déclinèrent un peu, le moral se prit d'autant plus que le malade est un nerveux et l'exploration fut alors acceptée pour le 7 mai dernier. Les Drs Villeprand et Lozé qui participaient à cet examen, sentirent comme moi un frottement rugueux du bec de l'explorateur de Reliquet dans la traversée prostatique et à gauche. Par le toucher rectal, rien de précis. Il ne me fut pas possible de saisir le corps étranger entre les mors de l'instrument en raison de sa fixité même. La vessie ne tolérant pas la moindre quantité de liquide et saignant avec une certaine abondance, nous laissâmes le malade se réveiller. Tous trois, nous conclûmes à la nécessité d'une intervention rapide et dans ces circonstances particulières, notre choix se porta sur la taille périnéale. Le soir de l'exploration, le malade était très soulagé.

Le 15 mai dernier, avec le concours de MM. Villeprand, Lozé, Defaut et Guihal, je pratiquai la taille. Région prostatique du canal dilatée ; à gauche, *un calcul* qu'il est nécessaire de cueillir avec les tenettes dans la dépression où partiellement il se cache ; ce calcul est gros comme une petite noisette, de forme arrondie, d'une couleur d'ocre jaune saupoudré d'incrustations blanches, très dur et certainement formé d'acide urique ; il est un peu déprimé sur deux de ses faces opposées conservant ainsi l'aspect habituel de galet. La vessie absolument contracturée, pleine de fongosités très saignantes, contient *neuf autres pierres*, six semblables à la première et trois beaucoup plus petites, qu'il faut extraire (et non sans peine pour ne point saisir la muqueuse vésicale), les unes après les autres. Hémorragie notable; tamponnement et drainage périnéal; pas de sonde à demeure dans le canal.

Les suites opératoires, laissant de côté la grande agitation nerveuse du malade, ont été satisfaisantes ; l'hémorragie était arrêtée le soir même ; la température ne dépassait pas 37°,8 et l'opéré, qui se lève depuis le 21 mai, est aujourd'hui en bonne voie de guérison.

Cette observation pourrait sembler banale et je n'aurais pas songé à vous la soumettre si elle ne venait après les judicieuses remarques de MM. Richelot et Dubuc à propos du cas précédent, séance du 11 avril 1900. En effet, elle contribuera à prouver — si toutefois besoin en est — que lorsque plusieurs explorations faites par une main exercée, n'ont pas révélé l'existence d'une pierre, les signes fonctionnels ont cependant à eux seuls, trop de valeur pour que le cas échéant, on ne doive pas chercher encore. Ensuite, quand le chirurgien estime qu'il faut rejeter la lithotritie (opération de choix à mon avis dans la plupart des circonstances), il abordera la pierre par le plus court chemin, par le périnée quand elle siège dans la région prostatique, diminuant ainsi la violence du traumatisme chez un malade déjà affaibli et infecté le plus souvent.

Nombre de petites particularités pourraient être signalées en passant. Le calcul senti à droite, par le toucher rectal a été retrouvé à gauche dans la prostate; il était donc mobile d'un côté à l'autre, bien qu'immobilisé dans l'une ou l'autre position. Sous le chloroforme, le toucher rectal ne donnait plus que de vagues sensations; le fait n'est pas anormal ; la vessie ne se dilatait nullement ; je n'insiste pas sur ces détails très spéciaux pour ne point abuser de la bienvaillante attention de la Société.

La séance est levée à 5 h. 30.

Le Secrétaire général,
F. Buret.

Crémation non administrative. — A Saint-Pavin (Sarthe) une femme Derenne a tué son mari et a essayé de le brûler en répandant du pétrole sur un tas de pommes de pins. (*Le Bonhomme Normand* du 1er mai.)

L'Esprit des autres. — Les *Vieux* embrassent les jeunes femmes si fort qu'ils s'imaginent qu'on les embrasse. B. (M.)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 23 mai 1900. — PRÉSIDENCE DE M. LE Dr LAVERAN.

M. LETULLE présente de la part du Dr KNOPF (de New-York), un ouvrage sur les *Sanatoriums.*

M. CHAVEGRAND présente une *vitre hygiénique perforée à opercules renversées.*

M. NAVARRE (de Lyon) fait une communication sur un projet d'hôpital-hospice suburbain, organisé en sanatoire pour la cure de la tuberculose des indigents adultes et fait passer sous les yeux des membres de la Société les plans dressés par M. Virot, architecte adjoint des hospices de Lyon.

Le grand sanatoire des champs est, sans conteste, l'idéal, et l'on doit souhaiter que la charité privée et l'Assistance publique combinent leurs efforts pour y aboutir. Mais, actuellement, il reste un desideratum qui ne passe et ne peut passer dans la pratique que dans une mesure infime en regard des masses profondes des tuberculeux indigents. De plus, le sanatoire des champs, construit sur le mode imposé par des hygiénistes rigoureux et du reste, en droit de l'être, coûte horriblement cher. Avec la formule des pavillons à un seul étage, des chambres à un ou deux lits et d'un nombre restreint de lits, cent au maximum par sanatoire, il n'y a pas de budget des pauvres qui puisse suffir à secourir utilement les tuberculeux qui encombrent les hôpitaux. Sans profit pour eux, le séjour des tuberculeux dans les hôpitaux urbains, fait courir aux autres hospitalisés les dangers de la contagion.

Il est donc nécessaire que les hygiénistes se relâchent un peu de leur rigorisme et, tout en exigeant le minimum des conditions indispensables à la triple cure hygiénique de la tuberculose, soient moins formellement exclusifs de la salle commune de dix lits, du pavillon étagé, et de la plus grande multiplicité des lits dans le même hôpital-hospice, si l'on veut aboutir. Il est nécessaire aussi que tous les tuberculeux, à quelque étape qu'ils soient de leur mal, puissent entrer dans l'hôpital-hospice suburbain. Ce ne serait pas autrement une formule générale d'assistance et le médecin, pas plus que les administrateurs, n'a le droit de choisir les seuls malades qu'il croit susceptibles de guérison. Il n'est ni scientifique, ni humain de catégoriser les tuberculeux en curables et en incurables, comme on le fait couramment aujourd'hui.

L'hôpital-hospice suburbain aurait du sanatoire les organismes indispensables. Chaque pavillon, prévu pour cent lits environ, serait divisé en salles de dix lits. Des vérandas et des loggia de cure seraient disposées le long des salles. Des pavillons d'isolement, à chambre d'un et deux lits, permettraient d'éloigner des salles communes les plus gravement atteints ou les plus gênants de ces malades. Tout, en un mot, y concourrait à assurer la triple cure hygiénique d'air, de repos et de suralimentation, comme aussi l'asepsie médicale et la désinfection. C'est dire qu'à côté des pavillons de malades seraient édifiées les annexes nécessaires.

En plus des conditions indispensables, certains hygiénistes ont demandé des conditions coûteuses et auxquelles ne peuvent suffire les bugets des pauvres. Ce sont la situation en altitude, les vastes horizons, les matériaux de choix, les pavillons à un seul étage, les chambres nombreuses à un ou deux lits, le petit nombre total des lits, la suralimentation obtenue par la grande variété des mets. Ces conditions ne se trouveront pas dans l'hôpital-hospice suburbain. Peut-être ne sera-ce qu'un demi-sanatoire. Mais la cote mal taillée est souvent l'aboutissement nécessaire de toute discussion qui se prolonge et il faut aboutir. Les conclusions de ce mémoire sont les suivantes : Vu l'urgence des mesures à prendre contre la contagion hospitalière de la tuberculose et pour l'hospitalisation des tuberculeux indigents, en vue de leur cure, la Société de Médecine publique émet le vœu :

Que les administrations des biens des pauvres édifient au plus tôt des hôpitaux-hospices suburbains organisés en sanatoires pour la cure des tuberculeux; ces hôpitaux-hospices devront être aménagés pour la triple cure hygiénique d'air, de repos et d'alimentation, et réaliser l'asepsie médicale; ils admettront tous les tuberculeux, mais dans des pavillons séparés pour les tuberculoses fermées et pour les tuberculoses ouvertes; ils feront bénéficier les hospitalisés de toutes les installations hygiéniques du sanatoire des champs; toutefois ils pourront en différer par le pavillon à étages et la salle commune de dix lits.

Ces conclusions ont été votées à l'unanimité des membres présents. MARTHA.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE.

Séance du 14 mai 1900. — PRÉSIDENCE DE M. BROUARDEL.

Responsabilité des administrations dans la distribution aux populations urbaines, d'eaux contaminées.

Rapport de la Commission chargée de l'examen de la proposition de MM. DANET *et* THOINOT.

M. LEFUEL. — Dans la séance du 21 mars, MM. Danet et Thoinot demandaient à la Société de bien vouloir étudier la question de la responsabilité civile et pénale des administrations municipales et des établissements publics et privés en matière sanitaire. Ils faisaient remarquer qu'à l'heure actuelle, un certain nombre de maladies contagieuses étaient évitables, si les précautions nécessaires étaient prises : ne pas prendre ces précautions, ne pas prévenir la maladie quand on est par contrat ou par quelque charge publique, dans l'obligation de veiller à la santé d'autrui, c'est encourir une responsabilité qui ne devrait pas demeurer seulement une responsabilité morale.

La question soulevée est très complexe, et à l'envisager dans tous ses détails, on risquerait fort de s'égarer et de n'aboutir à rien. Il a paru à votre Commission, qu'un principe surtout était à dégager, celui de la responsabilité effective du maire qui, par la loi du 5 avril 1884, a la charge de la salubrité publique dans la commune. S'il manque aux droits et devoirs que lui donne la loi, il en doit porter la peine. Ce principe et la sanction qu'il comporte peuvent être facilement inscrits dans la loi sanitaire en préparation. Nous avons voulu surtout faire du maire un agent de renseignements pour l'Administration supérieure qui, seule, a la compétence nécessaire pour agir. Votre Commission a voulu aussi viser les établissements publics et privés et elle a recherché à mieux protéger, par une disposition légale, la santé des individus vivant dans ces établissements. Elle vous propose, en conséquence, d'insérer quelques dispositions nouvelles dans les articles 9 et 26 de la loi sanitaire actuellement soumise aux délibérations du Sénat.

Ces articles sont ainsi conçus :

Article 9. — « Lorsque l'état sanitaire d'une commune nécessite des travaux d'assainissement, notamment lorsqu'une commune n'est pas pourvue d'eau potable de bonne qualité ou en quantité suffisante, ou bien quand les eaux usées y restent stagnantes au milieu des habitations, le préfet invite le Conseil départemental d'hygiène à délibérer sur l'utilité et la nature des travaux jugés nécessaires. Le maire sera mis en demeure de présenter ses observations devant le Conseil départemental d'hygiène. En cas d'avis contraire à l'exécution des travaux ou de réclamation de la part de la commune, le préfet transmet la délibération du Conseil au Ministre de l'Intérieur qui, s'il juge à propos, soumet la question au Comité consultatif d'hygiène publique de France.

« Sur les avis du Conseil départemental d'hygiène et du Comité consultatif d'hygiène publique, le préfet met la commune en demeure de procéder aux travaux. Si, dans le mois qui suit cette mise en demeure, le Conseil municipal ne s'est pas engagé à y déférer, ou si dans les trois mois il n'a pris aucune mesure en vue de l'exécution des travaux, un décret du Président de la République, rendu en Conseil d'Etat, ordonnera ces travaux dont il déterminera les conditions d'exécution et dont la dépense ne pourra être mise à la charge de la commune que par une loi.

« Le Conseil général statue, dans les conditions prévues par l'article 46 de la loi du 10 août 1871, sur la participation du département aux dépenses des travaux ci-dessus spécifiés. »

Article 26. — « Seront punis d'une amende de 100 francs à 500 francs, et en cas de récidive, de 500 francs à 1.000 francs, tous ceux qui auront mis obstacle à l'accomplissement des

devoirs des maires et des membres délégués des Commissions sanitaires en ce qui touche l'application de la présente loi.

« En tête de l'article 9, la Commission vous propose d'ajouter les trois paragraphes suivants » :

Article 9. — « Le maire est chargé d'assurer la salubrité publique. Il reçoit les déclarations prescrites par l'article 5 et en contrôle l'exactitude.

« Dès qu'une épidémie se produit dans un hôtel ou dans un établissement public ou privé, le maître d'hôtel ou le directeur d'étabissement ou à leur défaut, celui qui les remplace régulièrement, est obligé de signaler la situation au maire, qui sur le champ, lui décline récépissé de sa communication.

« Le maire doit immédiatement faire part à l'Administration supérieure de toute épidémie dont il constate l'existence ou dont il est avisé, de quelque manière que ce soit. »

Le reste comme à l'article 9 du projet de loi.

Avec la nouvelle rédaction que nous vous proposons, l'article 26 serait ainsi modifié :

Article 26. — « Seront punis d'une amende de 100 francs à 500 francs, et en cas de récidive de 500 francs à 1.000 fr. :

« 1° Le maître d'hôtel, le directeur d'établissement public ou privé, et à leur défaut, celui qui les remplace régulièrement ;

« 2° Le maire, qui en cas d'épidémie ne se sera pas conformé aux obligations prévues aux paragraphes 2 et 3 de l'article 9 ;

« 3° Tous ceux qui auront mis obstacle à l'accomplissement des devoirs des maires et des membres délégués des Commissions sanitaires en ce qui touche l'application de la présente loi. »

M. Brouardel. — Sans vouloir entrer dans la discussion, je rappelle qu'un précédent projet de loi conférait aux Comités départementaux d'hygiène le droit, sans autre appel que devant le Conseil supérieur, de faire procéder à la démolition immédiate de tous les immeubles insalubres. Sur mon insistance comme Commissaire du Gouvernement, la Chambre s'est prononcée contre un semblable cadeau fort compromettant pour les Comités d'hygiène des départements.

La Chambre avait tourné la difficulté, en confiant à un hygiéniste le soin de surveiller l'application de la loi en préparation, mais le Sénat s'est refusé à créer un nouveau fonctionnaire. C'est au maire qu'incombe aujourd'hui la responsabilité de la salubrité publique, il est donc légitime que cette responsabilité soit effective.

Grâce à des lois analogues, l'Angleterre a vu diminuer de 45 0/0 la mortalité par tuberculose. 150.000 personnes meurent actuellement en France, victimes de cette maladie.

J'exprime, en terminant, le vœu que les résolutions que prendra la Société, soient à la hauteur du mal à conjurer.

Sur la proposition du président, la Société décide de ne procéder à la discussion du rapport de M. Lefuel qu'après son impression.

G. Carrier.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

REVUE DE CHIMIE PHYSIOLOGIQUE

Rédacteur spécial : P. Cornet.

I. — Studien über den Schwefelsaüregehalt in der Knochenasche. (*Contenu des os en acide sulfurique*), par Carl Mörner (d'Upsala). (Hoppe-Seyler's Zeitsch. f. phys. chem., Bd. 23, p. 311.)

I. — Weiske a déjà démontré (1) que la substance naturelle des os, qu'il s'agisse de mammifères, d'oiseaux ou de poissons, ne contient pas la moindre trace d'acide sulfurique; mais que les centres en révèlent plus ou moins, par oxydation du soufre de la substance osseuse. C'est à ce propos que M. Mörner apporte de nouvelles observations, qui diffèrent en un point, de celles de M. Weiske. Les expériences de ce dernier auteur ont eu lieu dans un laboratoire où la calcination des centres a été faite au *gaz d'éclairage*. Or, ce gaz, s'il est complètement libre d'acide sulfhydrique, contient cependant une certaine quantité de soufre, lequel suffit comme cause d'erreur. Par de nombreuses recherches, l'auteur a acquis la conviction que l'incinération des cendres, ou de tous autres matériaux riches en bases, peut donner des résultats erronés, parce que l'acide sulfurique engendré par la combustion du gaz est accaparé et retenu par les bases contenues dans les cendres. La combustion par la *flamme à alcool* est aussi motif à erreur, mais c'est le gaz d'éclairage qui est la source principale du contenu en acide sulfurique, c'est-à-dire qui en fournit le plus. La combustion de la substance osseuse dans une capsule à ciel ouvert avec arrivée d'air, n'est pas une condition indispensable pour la formation de SO^3; cet acide prend aussi bien naissance quand la poudre d'os est grillée en vase clos, à faible température, dans une atmosphère d'acide carbonique et d'hydrogène, c'est-à-dire dans des conditions où le processus d'oxydation n'est pas possible. Il est à noter aussi que la quantité d'acide sulfurique trouvée par simple grillage, est à peu près la même que celle trouvée par combustion complète.

II. Ueber Stercorine; par le Pr Austin Zlint (de New-York) (2).

II. — Cet auteur s'élève vivement contre MM. Bondzynski et Humnicki, lesquels, dans un travail : *Sur le sort de la cholestérine, dans l'organisme humain*, annoncent un nouvel élément des fèces, la *Coprostérine*, qui ne serait autre que la *Stercorine*, découverte, dès 1862, par M. Zlint. Les deux auteurs précités ont eu le grand tort de ne pas même signaler la stercorine et son inventeur, dont il a été question depuis 1862, dans les publications allemandes, françaises, anglaises et américaines (3). La première stercorine a été obtenue avec des matières humaines, d'après le procédé suivant : les fèces desséchées et pulvérisées, sont traitées par l'éther. L'extrait éthéré, est décoloré par du charbon animal, puis évaporé. Le résidu est ensuite traité par l'alcool bouillant, puis l'extrait alcoolique, saponifié par une solution d'hydrate de potasse, à une température un peu au-dessous du point d'ébullition ; on lave avec l'eau pour séparer le savon jusqu'à ce que le filtrat soit neutre et complètement clair. Le filtre est desséché et repris par l'éther ; la liqueur est évaporée à siccité, et le résidu, traité par l'alcool bouillant. La stercorine précipite par cristallisation répétée, de la solution alcoolique. La substance cristallise en longues et fines aiguilles qui rayonnent d'un centre pour former une houppe ; ces cristaux ne peuvent être confondus avec ceux de cholestérine, comme l'ont pensé quelques auteurs : Hoppe-Seyler, Hoffmann et autres. Les réactions de la stercorine sont identiques à celles de la coprostérine : en solution chloroformée avec égale volume d'acide sulfurique concentré, il se développe une couleur jaune qui devient rouge orangé, puis rouge foncé. En même solution, la stercorine donne avec le réactif de Libermann, une coloration bleue, puis verte.

M. Zlint expose ensuite la méthode employée par MM. Bondzynski et Humnicki pour obtenir la coprostérine, laquelle est

(1) *Ibidem*, 1882, Bd. 7, p. 446-478.
(2) *Ibidem*, p. 363.
(3) *Philadelphie, American Journal of the medical Sciences*, 1862.

aussi bien par la cristallisation que par les propriétés chimiques, identique à la stercorine. Enfin les recherches de ces auteurs sont purement chimiques; celles de M. Zlint ont été, en outre, de nature physiologique, au moins quant au rôle de la bile au triple point de vue de la digestion, de la résorbtion et de l'excrétion.

CONGRÈS INTERNATIONAUX

Congrès de l'Association Française pour l'avancement des Sciences.

Le prochain Congrès de l'Association Française pour l'avancement des Sciences doit se réunir à Paris du 2 au 9 août prochain. Notre session a été fixée à cette date pour la faire coïncider avec la réunion à Paris du XIIIe Congrès international de médecine. Elle emprunte à cette circonstance une importance toute particulière. La 12e section (Médecine), sera présidée par M. le Dr A. Kelsch, médecin-inspecteur, directeur de l'École d'application du service de santé militaire. On est prié d'envoyer le plus tôt possible, les titres des mémoires ou communications, afin que le programme de la session, qui paraîtra très prochainement, en contienne l'indication.

Ordre du jour sommaire de la section de médecine : 1° Prophylaxie de la tuberculose; 2° Etiologie et prophylaxie de la peste; 3° Des rapports entre le choléra nostras et le choléra indien; 4° De la nature du cancer; 5° Étiologie et pathogénie de l'appendicite.

Prière d'adresser les lettres, soit à M. le Dr Kelsch, au Val-de-Grâce, 277 bis, rue Saint-Jacques, à Paris; soit au secrétaire du Conseil de l'association, 28, rue Serpente.

Congrès international de Médecine professionnelle.
(*Paris*, 23-28 *juillet* 1900.)

Le comité du Congrès international de Médecine professionnelle communique au corps médical les divers avis suivants : Pour être insérée au programme officiel toute communication doit être adressée au bureau du Congrès, 120 Boulevard Saint-Germain, Paris, avant le 1er *juillet* 1900 (art. 10 du règlement du Congrès), ou inscrite, avant ce dernier délai, sur le registre des communications au Congrès, actuellement déposé à la librairie Masson. Toute modification au programme officiel ou avis concernant l'emploi du temps des congressistes pour chaque journée, sera affichée chaque matin dans les salles de séances de chaque section. Les orateurs sont avertis qu'il n'y aura pas de sténographes dans les salles et amphithéâtres de la Faculté de Médecine. Ils devront faire eux-même, séance tenante, un court résumé en langue française de leur communication. Le résumé servira de texte officiel pour la rédaction des comptes rendus et les communications immédiates à la presse. Il devra être immédiatement remis au cours même de la séance ou à la fin de celle-ci aux secrétaires de Section. En l'absence de ce résumé, celui du secrétaire sera adopté.

Les délégations d'universités, sociétés, chambres médicales, conseils d'ordres, syndicats, etc., qui désirent voir figurer les noms de leurs représentants sur la publication du Congrès sont informés que la liste sera close le 1er juillet. Un bureau de poste restante sera établi pour les congressistes durant la session à la librairie Masson.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — M. Rabuson, médecin aide-major de 1re classe au 13e régiment d'infanterie, est désigné pour être détaché, pendant les saisons thermales de 1900, à l'hopital d'eaux minérales de Bourbon-l'Archambault, en remplacement de M. le médecin aide-major de 2e classe Bouillier. — M. Durand, pharmacien principal de la marine, en retraite, a été nommé, au même grade, dans la réserve de l'armée de mer.

CONDAMNATION POUR EXERCICE ILLÉGAL. — Un sieur E. Ma-[illegible]au, 17, rue Visconti, à Paris, a été condamné par défaut à [illegible] francs d'amende pour exercice illégal de la médecine.

VARIA

A l'Institut Pasteur.

L'Institut Pasteur va organiser, à partir du mois de novembre, dans ses nouveaux locaux de la rue Dutot, un enseignement pratique qui manquait jusqu'ici aux jeunes pharmaciens, aux chimistes d'industrie, aux experts, à tous ceux qui peuvent avoir besoin de connaître les méthodes d'analyse des aliments, des boissons, des produits physiologiques ou pathologiques de l'organisme. Cet enseignement, dont la durée sera de cinq mois, partagés en deux trimestres, comprendra : 1° Des travaux de laboratoire, portant sur l'analyse chimique et bactériologique; 2° des conférences préparatoires aux manipulations; 3° des cours, sur des sujets d'actualité, composés d'un petit nombre de leçons, et qui seront professées par des spécialistes. Un certificat de passage pourra être donné à ceux des élèves qui, au jugement des chefs de service, auraient fait d'une manière satisfaisante les diverses manipulations comprises dans le programme d'enseignement. Ce programme, pour 1900-1901 est en distribution à l'Economat de l'Institut Pasteur, rue Dutot, n° 25, où on trouve aussi tous les renseignements nécessaires aux conditions et aux droits d'admission.

Le *Temps* du 26 mai nous donne les détails suivants sur l'assemblée générale qui s'est réunie à l'Institut Pasteur, sous la présidence de M. Duclaux. Au cours de cette réunion, M. Metchnikof a proposé la nomination de M. Jean Charcot, comme « attaché à l'Institut Pasteur », c'est-à-dire comme membre de cet institut. L'assemblée générale a accepté aussitôt cette proposition. Le Dr Jean Charcot, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine, était, depuis quelque temps déjà, le collaborateur de M. Metchnikof, et assistait le savant professeur dans les intéressantes recherches qu'il poursuit, sans répit, sur les toxines et antitoxines cellulaires. Il s'est, lui-même, occupé de travaux biologiques qui ont donné d'appréciables résultats.

Mutuelle médicale française de retraites.

Le Syndicat des Médecins de Saumur qui avait déjà provoqué le 22 juin dernier une importante réunion dans cette ville des confrères de Maine-et-Loire, d'Indre-et-Loire, de la Vienne, et autres départements voisins, dans laquelle des mesures de défense ont été prises contre les Compagnies d'Assurances, vient de décider la fondation au 1er janvier 1900 de la *Mutuelle médicale française de retraites*, société de retraites, purement philanthropique, ayant pour objet d'assurer la vieillesse des médecins, de les secourir en cas de maladie chronique empêchant tout travail professionnel, et de venir en aide à leurs femmes et à leurs veuves. Nous recommandons à nos lecteurs cette jeune société dont beaucoup ont dû déjà recevoir les statuts, en les priant, en cas d'oubli, de les demander au Secrétaire général de l'Œuvre, le Dr Camille Levraud, à Saumur.

Les Hospitaliers sauveteurs.

Le ministre de la marine, accompagné de M. Louis Juttet, chef de son secrétariat particulier, a présidé, dernièrement, à la mairie du IVe arrondissement, la fête des Hospitaliers sauveteurs.

M. de Lanessan a remis, au cours de cette cérémonie, les palmes académiques à M. Grepat, avocat à la cour d'appel de Paris, secrétaire général de la Société.

Testament Adolphe Ch. Rothschild.

Le *Daily Telegraph* annonce que la cour de Londres a ratifié le testament du baron Adolphe-Charles de Rothschild, décédé à Paris, en son hôtel, rue de Monceau, le 7 février dernier. Par ce testament, qui porte la date du 28 août 1874 et qui contient quarante-quatre codicilles, des sommes considérables sont léguées à des Sociétés de charité, des parents, des amis, employés, etc., à Paris, Francfort, Naples, Genève. Le baron nomme sa veuve légataire universelle. Parmi les legs, citons particulièrement celui destiné à la fondation

d'un hôpital ophtalmique à Paris. Une somme de 250.000 francs par an sera consacrée annuellement à l'entretien de cet établissement. Une somme de 40.000 francs est laissée à perpétuité pour l'entretien d'un hôpital semblable à Genève. Une rente de 40.000 francs à perpétuité est constituée en faveur des ouvriers pauvres de Paris. Il y a aussi un don artistique important fait au musée du Louvre ; il s'agit d'une collection d'objets précieux du douzième au seizième siècle. Une somme de 300.000 francs est consacrée à l'installation de cette riche collection. (*Le Matin.*)

Le costume de nos soldats.

Nos soldats ne sont pas prêts d'être vêtus d'un uniforme gracieux peu gênant, les protégeant du froid et de la pluie, permettant au sang de circuler, à la digestion de se faire et aux mouvements de s'accomplir sans entraves.

La capote du fantassin est, certes, ce qu'il y a de mieux comme habillement militaire, c'est celui qui s'adapte le plus facilement aux diverses saisons de nos régions, qui protège le plus et gêne le moins. Le procès de la tunique n'est plus à faire, elle n'a aucune qualité hygiénique et au point de vue esthétique, elle est déplorable. Pourquoi a-t-on tenté de la modifier? Sa suppression s'impose et si nous en croyons le *Progrès militaire* du 19 mai, sa transformation n'a pas été un succès :

« Sous le ministère du général Billot, nous ne nous sommes pas fait faute de signaler les défections du modèle de la nouvelle tunique de l'infanterie. Le caractère étriqué du vêtemenl était frappant. Il manquait à la fois de longueur et de largeur de jupes. La coupe gênait la liberté des membres pendant la marche. Le défaut de poches était vraiment excessif. Le ton criard du collet garance, forcément différent de celui du képi et du pantalon devait être choquante. Les soubisses des basques, les boutons des parements de manche constituaient des ornements excessifs. La mise en service de la nouvelle tunique n'est pas sitôt faite, qu'il n'y a qu'une voix pour la juger très inférieure à l'ample et longue tunique à poches qu'il s'agissait simplement d'améliorer. Les journaux ne se donnent pas le mot, mais ils sont d'accord unanime pour ne pas louer le comité d'infanterie de son choix. »

Pourquoi ne pas adopter la vareuse qui donne à nos marins un air si crâne et si alerte? La question de la coiffure est encore chez nous plus complexe. On aurait voulu imaginer un couvre-chef, disgracieux et inutile, ne protégeant ni du froid, ni de la pluie, ni du soleil, ne mettant à l'abri d'aucune arme blanche, ni d'aucun projectile, on aurait trouvé le képi. Il n'est pas prêt cependant de disparaître de l'armée française. Ajoutez au képi un poids plus considérable, moins de grâce encore et vous aurez le shako que, paraît-il, on cherche à modifier. Ecoutons encore à ce sujet le *Progrès militaire* :

« Tous les capitaines commandants de cavalerie ont à formuler leurs desiderata sur la coiffure à adopter pour les chasseurs et hussards. Le shako n'a décidément pas grands partisans et la 2e direction a le bon goût de le reconnaître, en envisageant une fois de plus, son remplacement par le casque. Quel sera ce casque? en cuir ; en lames d'acier recouvertes de feutre ; en aluminium bronzé ou recouvert d'une enveloppe de drap bleu? Qu'on innove le moins possible et qu'on se contente d'une remise à l'essai des modèles que Detaille avait dessinés pour le général Loizillon ; mais que le directeur, devenu ministre, oublia de mettre en service, comme compensation du retrait annoncé de la lance, dont il ne voulait pas à Lunéville et à Lille, et qui empêtre de plus en plus nos cavaliers. Si l'on veut faire de nouvelles expériences, qu'on donne donc par division et par arrondissement, un crédit pour faire confectionner un modèle. Le Ministre aura 14 modèles, entre lesquels, les généraux, les chefs de corps, les capitaines commandants et lui-même, en dernier ressort, auront toute sécurité de se prononcer, sans impair. »

L'hygiène des marchés.

Le conseil d'hygiène du département de la Seine avait nommé une commission chargée d'étudier l'hygiène des marchés alimentaires. M Vallin, rapporteur, a émis les conclusions suivantes : 1° La plupart des marchés fixes ou couverts de Paris ne répondent plus aux nécessités de l'hygiène moderne. Leur type doit être complètement transformé. Ils manquent d'espace, d'air, d'eau et de lumière... ; 2° Bien construits et bien aménagés, ils sont cependant le meilleur moyen d'assurer l'approvisionnement et la vente des denrées alimentaires sans inconvénients pour l'hygiène urbaine ; 3° Les marchés volants ne devraient être établis que dans des quartiers périphériques à population peu condensée, sur les voies très larges, jamais sur les trottoirs contigus aux maisons d'habitation.

De nombreux conseils relatifs aux conditions d'établissement de ces marchés volants, au bon entretien de leur sol, au fréquent nettoyage des ruisseaux avoisinants et du matériel même du marché, etc... seront, avec les conclusions du rapport de M. Vallin, discutées à la prochaine réunion du conseil d'hygiène de la Seine.

Saisissabilité du cheval et de la voiture du médecin.

Aux termes de l'article 592 du Code de procédure civile, les outils d'un artisan sont insaisissables parce qu'ils sont nécessaires aux occupations personnelles. En est-il de même du cheval et de la voiture du médecin? Telle était la question posée au tribunal civil de Caen, qui l'a résolue dans le sens de la négative, comme on le verra par le jugement que nous reproduisons ci-dessous : « Attendu que M. X..., demande au tribunal de déclarer insaisissables, conformément aux dispositions du n° 6 de l'article 592 C. pr. civ., le cheval, la voiture, les harnais et la couverture saisis en sa possession, par acte d'huissier ; Mais, attendu que l'article 592 contient une dérogation au principe général qui veut que tous les biens d'un débiteur forment le gage de ses créanciers; que ce texte ne saurait donc être étendu par analogie et que, pour en bénéficier, il faut rentrer limitativement dans les cas prévus ; Qu'il n'en est pas ainsi en ce qui concerne M. X... ; qu'en effet, celui-ci exerce la profession de médecin et ne saurait, par suite, être assimilé à « l'artisan » dont parle le texte ; Qu'on ne peut de même faire rentrer dans l'expression « outil », employée par le législateur, le cheval et la voiture d'un médecin, quelle que puisse être, d'ailleurs, leur utilité pour lui ; Par ce motifs, dit à tort la demande de M. X..., et le condamne aux dépens. » (*Semaine Médicale*).

La lutte contre l'acoolisme.

Des mesures sévères contre l'alcoolisme sont prises en Alsace-Lorraine.

On sait que, tout récemment, le baron de Hammerstein, président de Lorraine, justement ému des effrayants désastres causés par l'alcool dans la population ouvrière, prit un arrêté interdisant toute vente de boissons alcooliques dans les débits de Lorraine, avant huit heures du matin. Le comité central de l'Association des hôteliers d'Alsace-Lorraine adressa aussitôt une protestation au ministère impérial et demanda l'annulation de cet arrêté. Le ministre vient de répondre. Il approuve sans réserve l'arrêté du président de Lorraine. Il autorise cependant les aubergistes à vendre, avant huit heures, des boissons alcooliques aux voyageurs, aux voituriers et aux cultivateurs voyageant sur routes, lorsqu'ils viennent aux marchés apporter leurs denrées. En résumé, et suivant les intentions du gouvernement, l'interdiction de vente de boissons alcooliques ne s'appliquera réellement qu'aux ouvriers d'usines, forges et mines qui entrent dans leurs chantiers avant sept heures. C'était, d'ailleurs, cette catégorie de consommateurs que l'arrêté préfectoral visait particulièrement et avec juste raison. (*Le Temps.*)

D'autre part, à l'exemple du baron de Hammerstein, le général de Hæseler (de Metz), continue par de louables efforts de combattre l'alcoolisme dans le 16e corps de l'armée allemande. On se souvient qu'il avait, en 1898, interdit la vente de boissons alcooliques dans les cantines. Aujourd'hui, il interdit encore aux établissements fréquentés par la troupe la vente de liqueurs autres que la bière, le vin et le café. Les débits récalcitrants seront consignés aux soldats. Il est à souhaiter que dans notre armée qui, si souvent a des tendances à imiter l'armée allemande on prenne exemple sur le général de Hæseler et que le régiment cesse d'être pour les conscrits ce qu'il faut regretter de le voir si souvent : une école d'alcoolisme.

Le fanatisme en Russie.

Le *Daily Express* raconte le fait suivant :

« Le 10 mai, un paysan nommé Babenko, du gouvernement d'Ekaterinoslav, convaincu qu'il était un grand pécheur et qu'il ne pouvait être sauvé qu'en expiant par une mort douloureuse ses crimes antérieurs, amoncela froidement dans sa cour un tas de bois, l'arrosa de pétrole, y mit le feu, puis se plaça sur le bûcher. Il était horriblement brûlé quand on put le retirer. »

Le *Temps* qui reproduit cette nouvelle du journal anglais, ajoute : « Cet homme, *parfaitement sain d'esprit*, est mort en expliquant son acte à ses amis. »

Nous nous demandons, alors, où est le critérium de la raison et de la folie.

Les épidémies

La fièvre typhoïde à Nogent-le-Rotrou.

On écrit de Nogent-le-Rotrou qu'une épidémie de fièvre typhoïde sévit en ce moment au bataillon du 115e d'infanterie détaché dans cette ville. Un soldat aurait succombé : plusieurs sont en traitement à l'hôpital.

La peste.

L'épidémie est stationnaire dans les Indes, en Australie et en Egypte. A Rio-de-Janeiro, dans le courant de mai, 45 cas ont été constatés avec 9 décès ; 36 malades sont en traitement. On annonce de San-Francisco que la Société secrète chinoise connue sous le nom de High Binders menace d'assassiner tous les Chinois qui se soumettent à l'inoculation comme mesure préventive contre la peste. Il sera nécessaire d'employer la force pour obliger les Chinois à se soumettre à l'inoculation.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

MARDI 5. — *4e de Doctorat* : MM. Proust, Chantemesse, Thoinot. — *5e de Doctorat (2e partie), (1re série)* : MM. Dieulafoy, Debove, Thiroloix. — *(2e série)* : MM. Raymond, Charrin, Teissier. — *(1re partie), (1re série)*. Chirurgie : MM. Guyon, Nélaton, Faure. — *(2e série)* : MM. Brun, Quénu, Albarran. — *(2e partie)* : MM. Jaccoud, Cornil, Ménétrier.

MERCREDI 6. — *4e de Doctorat* : MM. Landouzy, Hanriot, Thoinot. — *5e de Doctorat (1re partie), (1re série)* : MM. Terrier, Jalaguier, Delbet. — *(2e série)* : MM. Delens, Kirmisson, Walther. — *(2e partie)* : MM. Fournier, Gaucher, Widal.

JEUDI 7. — *4e de Doctorat (1re série)* : MM. Proust, Raymond, André. — *(2e série)* : Pouchet, Widal, Langlois. — *(3e série)* : MM. Grancher, Wurtz, Desgrez.

VENDREDI 8. — *4e de Doctorat* : MM. Ch. Richet, Pouchet, Thoinot. — *5e de Doctorat (1re partie)*. Chirurgie : MM. Tuffier, Broca (Aug.), Legueu. — *(2e partie)* : MM Hayem, Déjerine, Widal. — *(1re partie)*. Chirurgie : MM. Jalaguier, Poirier, Lejars. — *(2e partie), (1re série)* : MM. Potain, Grancher, Wurtz. — *(2e série)* : MM. Landouzy, Brissaud, Teissier. — *(1re partie)*. Obstétrique : MM. Pinard, Varnier, Lepage.

SAMEDI 9. — *4e de Doctorat (1re série)* : Pouchet, Hutinel, Thiroloix. — *(2e série)* : MM. Chantemesse, Guey, Dupré — *5e de Doctorat (1re partie)*. Chirurgie : MM. Nélaton, Albarran, Faure. — *(2e partie) (1re série)* : MM. Cornil, Achard, Vaquez. — *(2e série)* : MM. Debove, Raymond, Roger. — *(1re partie)*. Obstétrique : MM. Budin, Bonnaire, Wallich.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 6 JUIN. — M. Herpain. Adénites et péri-adénites à streptocoques (en particulier celles de l'aisselle). — M. Beltzer. Contribution à l'étude des kystes hydatiques du rachis. — M. Helot. Influence de la grossesse sur la marche de la sclérose de l'oreille moyenne. — M. J. Richard. Etudes sur les intoxications alimentaires. — M. Gauthier. Considérations sur l'exercice illégal de la médecine.

JEUDI 7. — M. Guilbot. Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire du premier age. — M. Costard. De l'amygdalite ulcéro-membraneuse chancriforme à bacilles fusiformes et à spirilles ou maladie de Vincent. — M. de Gorsse. Les injections de calomel dans le traitement des arthrites chroniques non syphilitiques. — M. Hoffmann. Influence du traitement prophylactique antisyphilitique dans les avortements à répétition de cause inconnue (syphilis soupçonnée). — M. Gagey. Du réchauffement des nouveau-nés débiles. — M. Keim. L'expression du fœtus par la paroi abdominale.

Enseignement médical libre.

Cours de chirurgie oculaire. — M. le Dr A. TERSON, le jeudi, à 5 heures. Ce cours est gratuit. S'inscrire d'avance, 52, rue Jacob, tous les jours, de 1 à 2 heures.

Cours complets élémentaires et pratiques de vénéréologie et de gynécologie. — Deuxième série des cours de l'infirmerie de Saint-Lazare. — Mardi, M. Wickham, *syphiligraphie*. Jeudi, M. Verchère, *vénéréologie*. Samedi, M. Ozenne, *gynécologie*. Le cours comprend dix-huit leçons.

Maladies nerveuses et mentales. Hypnotisme. — M. le Dr BÉRILLON, lundis et vendredis, à 5 heures du soir, à l'école pratique de la Faculté de médecine, amphithéâtre Cruveilhier, *applications cliniques, psychologiques et médico-légales de l'hypnotisme.*

FORMULES

XXVIII. — Traitement de la pelade.

1° Après avoir coupé les cheveux ras, on savonne et lave tous les jours avec :

Bichlorure de mercure . .	0 gr. 10 centigr.
Acide acétique	1 gramme.
Alcool à 90°.	100 —
Ether . . . . }	ãã 50 —
Alcoolat de lavande . . }	

2° Plus tard on fait des lotions excitantes avec :

Ammoniaque	5 grammes.
Essence de térébenthine . .	25 —
Alcool camphré	125 —

ou :

Acide acétique	1 à 5 —
Chloral	5 —
Ether	25 —

(D'après thèse de Milan Stajanovitch).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 20 mai au samedi 26 mai 1900, les naissances ont été au nombre de 1000 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 345, illégitimes, 152. Total, 497. — *Sexe féminin* : légitimes, 366, illégitimes, 137. Total, 503.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1896 : 2.511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 20 mai au samedi 26 mai 1900, les décès ont été au nombre de 937, savoir : 470 hommes et 447 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 6, F. 7, T. 13. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 1, F. 0, T. 1. — Rougeole : M 8, F. 20, T. 28. — Scarlatine : M. 1, F. 1, T. 2. — Coqueluche : M. 2, F. 1, T. 3. — Diphtérie. Croup : M. 2, F. 2, T. 4. — Grippe : M. 1, F. 5, T. 6. — Phtisie pulmonaire : M. 117, F. 74, T. 191. — Méningite tuberculeuse : M. 13, F. 14, T. 27. — Autres tuberculoses : M. 22, F. 9, T. 31. — Tumeurs cancéreuses : M. 31, F. 37, T. 68. — Tumeurs autres : M. 0, F. 2, T. 2. — Méningite simple : M. 14, F. 9, T. 23. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 26, F. 17, T. 43. — Paralysie, M. 5. F. 4, T. 9. — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 1, T. 4. — Maladies organiques du cœur : M. 19, F. 42, T. 61. — Bronchite aiguë : M. 6, F. 8, T. 14. — Bronchite chronique : M. 20, F. 24, T. 44. — Broncho-pneumonie : M. 22, F. 20, T. 42. — Pneumonie : M. 21, F. 13, T. 34. — Autres affections de l'appareil respiratoire : M. 3, F. 1, T. 4. — Gastro-entérite, biberon : M. 14, F. 7, T. 21. — Gastro-entérite, sein : M. 0, F. 3, T. 3. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 2, F. 3, T. 4. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 2, T. 2. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale : M. 16, F. 12, T. 28. — Sénilité : M. 8, F. 22, T. 30. — Suicides : M. 11, F. 1, T. 12. — Autres morts violentes : M. 7, F. 6, T. 13. — Autres causes de mort : M. 76, F. 68, T. 144. — Causes restées inconnues : M. 5, F. 2, T. 7.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 85, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 31, illégitimes, 15. Total : 46. — *Sexe féminin* : légitimes, 27, illégitimes, 12. Total : 39.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — *Concours pour une place d'aide d'anatomie.* — Un concours pour une place d'aide d'anatomie sera ouvert à la Faculté de Médecine de Bordeaux, le

jeudi 27 septembre, à 10 heures du matin. Les candidats pourront se faire inscrire jusqu'au jeudi 20 septembre.

Concours pour la place de prosecteur. — Un concours pour la place de prosecteur sera ouvert à la Faculté de Médecine de Bordeaux, le vendredi 24 août 1900, à 10 heures du matin. Les candidats pourront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté jusqu'au jeudi 16 août 1900.

Concours pour une place de chef de clinique médicale. — Un concours pour une place de chef de clinique médicale sera ouvert à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux, le lundi 12 novembre 1900, à 9 heures du matin. Les candidats pourrront se faire inscrire jusqu'au jeudi 8 novembre.

Concours pour une place de chef de clinique chirurgicale. — Un concours pour une place de chef de clinique chirurgicale, vacante à partir du 1er novembre 1900, sera ouvert à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux, le vendredi 22 juin 1900, à 9 heures du matin. Les candidats pourront se faire inscrire jusqu'au jeudi 14 juin 1900.

Concours pour la place de chef de clinique d'accouchements. — Un concours pour la place de chef de clinique d'accouchements sera ouvert à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux, le mercredi 27 juin 1900, à 10 h. 1/2 du matin Les candidats pourront se faire inscrire jusqu'au jeudi 21 juin 1900.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — *Erratum.* — Dans l'article consacré à l'enseignement de la médecine légale à Lille (n° 13, page 198), il est dit que les cours théoriques, pendant le semestre d'été, ont lieu *une fois* par semaine; c'est TROIS FOIS par semaine qu'il faut lire.

CONCOURS DE MÉDECINS. — Ce concours s'est terminé par la nomination de MM. Bruhl, Renault, Soupault, F. Bezançon, Gouget et Macaigne.

Concours d'ophtalmologiste. — Le sujet de la composition écrite était le suivant : *Circulation sanguine intra-orbitaire; anatomie et physiologie.*

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — M. Stanislas MEUNIER, professeur de géologie au Muséum d'histoire naturelle, fera une excursion géologique publique, le dimanche 3 juin, à Ormoy, Chanteloup, Morigny et Jeurre. Il suffit, pour prendre part à l'excursion, de se trouver au rendez-vous : Gare d'Orléans où l'on prendra, à 7 h. 5. le train pour Etampes. On sera rentré à Paris à 6 h. 30. — Pour profiter de la réduction de 50 0/0, accordée par le chemin de fer, il est indispensable de verser le montant de la place au Laboratoire de géologie, n° 61, rue de Buffon, avant samedi, à 4 heures.

UN MÉDECIN VITRIOLÉ. — Un abominable attentat a été commis, dans la nuit de dimanche à lundi, sur la personne de M. le Dr Courtols, qui habite 2, rue du Chateau, à Ivry. Vers deux heures du matin, on sonnait à la porte de l'honorable praticien. M. Courtols ouvrit, croyant qu'on venait le chercher pour un cas désespéré, et il se trouva brusquement en présence d'un inconnu, qui, sans mot dire, lui lança au visage le contenu d'un bol d'acide sulfurique. Grièvement atteint, le médecin referma rapidement la porte de son appartement en appelant au secours.

L'auteur de l'attentat redescendit précipitamment l'escalier, demanda le cordon, et, quand il fut dans la rue, disparut. Des soins furent aussitôt prodigués au Dr Courtols, qui avait la face brûlée et les chairs du cou affreusement corrodées. Le blessé refusa de se laisser transporter à l'hôpital. (*Le Matin.*)

NOUVEAU JOURNAL MÉDICAL. — Un nouveau journal médical très spécial, la *Revue médicale du Mont-Dore* vient de publier son premier numéro. Bonne chance et longue vie.

LES MAGNÉTISEURS ET LA LOI DE 1892. — La chambre criminelle de la Cour de Cassation va trancher, dans quelques jours, une question dont le monde médical s'est particulièrement préoccupé. Les magnétiseurs qui, au moyen de simples passes magnétiques, affirment avoir la possibilité d'exercer, dans certaines maladies, une action curative, et qui pratiquent leur « art », tombent-ils, quand ils sont dépourvus du diplome de médecin, sous l'application de la loi de 1892 sur l'exercice illégal de la médecine? La question s'est posée à l'occasion d'une poursuite dirigée, sur la plainte du président du syndicat des médecins de [illegible], M. Grippart, contre un magnétiseur d'Angers, M. Mouroux. Successivement, le tribunal correctionnel et la Cour d'Angers se sont prononcés pour la négative, et M. Mouroux a été acquitté. Mais le procureur général et M. Grippart se sont pourvus en cassation contre l'arrêt. La Cour suprême est donc appelée à dire si la loi de 1892 a été, en l'espèce, exactement interprétée. Le conseiller [illegible] fera le rapport. L'avocat général [illegible], donnera ses conclusions comme organe du ministère public, après plaidoirie de Me Perrin, pour le syndicat des médecins, et de Me Boivin-Champeaux, pour le magnétiseur. (*Gaz. méd. de Paris.*)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Edouard CARRIER, médecin en chef de la maison de santé de Saint-Jean-de-Dieu de Lyon. M. E. Carrier était d'une famille médicale très estimée de la région lyonnaise : son frère, le Dr Albert Carrier est médecin honoraire des hôpitaux de Lyon, parmi ses neveux, le Dr G. Carrier est un distingué collaborateur du *Progrès médical*, et M. Henri Carrier est interne des hôpitaux à Lyon. Nos sincères condoleances à notre collaborateur et à sa famille.

Chronique des Hôpitaux.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — *Radioscopie médicale.* — M. le Dr A. BÉCLÈRE, le dimanche, à 10 heures du matin, dans la salle des conférences de l'hôpital, une nouvelle série de *Six conférences sur les premières notions de Radiologie*, indispensables à la pratique de la Radioscopie et de la Radiographie médicales. Après chaque conférence, présentation et examen radioscopique des malades.

CLINIQUE NATIONALE OPHTHALMOLOGIQUE DES QUINZE-VINGTS. — *Conférences d'ophthalmologie.* — Mardi, à 1 h. 1/2, Dr Trousseau, leçons cliniques. — Mercredi, à 1 heure, Dr Kalt, leçons de diagnostic ophthalmologique avec indications thérapeutiques. — Jeudi, à 2 heures, Dr Dubief, démonstration d'anatomie pathologique et de bactériologie. — Jeudi, à 3 heures, Dr Valude, thérapeutique chirurgicale; présentation de malades. — Samedi, à 2 heures, Dr Chevallereau, thérapeutique médicale. — Consultations et opérations, à 1 heure.

HÔPITAL BROCA. — *Cours complet de gynécologie.* — M. S. POZZI, le vendredi à 10 heures. — Un cours de gynécologie pratique sera fait les lundis et mercredis, à 10 heures, sous sa direction. Ce cours sera complet en vingt leçons. Démonstrations d'histologie sur les pièces du service, le samedi, à 10 heures, par le chef du laboratoire.

HÔPITAL ANDRAL. — *Maladies de l'estomac.* — MM. Albert MATHIEU, M. SOUPAULT et Ch. ROUX, commenceront le lundi, 18 juin 1900, un cours complet sur le *Diagnostic et le traitement des maladies de l'estomac.* — Les élèves seront exercés aux manipulations nécessaires pour la détermination du chimisme gastrique, par M. Leboulais, pharmacien de 1re classe, ancien interne des hôpitaux. Ce cours sera complet en un mois. Le prix de l'inscription est de 100 francs. Le nombre des inscriptions est limité. — S'adresser au Laboratoire de l'hôpital Andral, 35, rue des Tournelles.

HÔPITAL DE LA PITIÉ. — M. le Dr BABINSKI : conférences cliniques sur les *Maladies du système nerveux*, le samedi matin.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — Le Dr DU CASTEL, conférences cliniques le samedi à 1 h. 1/2. A 1 h. 1/2 consultation externe. A 2 h. 1/2 conférence clinique dans la salle des conférences.

Leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques. — M. HALLOPEAU, salle des conférences, le dimanche, à 9 heures et demie du matin.

Maladies cutanées et syphilis : Le Pr FOURNIER le vendredi matin.

Maladies du cuir chevelu. — M. SABOURAUD : tous les mercredis et samedis, à 9 h. 1/2, leçon théorique et pratique sur les maladies microbiennes du cuir chevelu et de la peau (laboratoire de l'école Lailler).

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Cours de clinique des maladies du système nerveux.* — M. le Pr RAYMOND : vendredis et mardis, à 10 heures. — M. le Dr J. VOISIN, conférences cliniques sur les *Maladies mentales et nerveuses*, le jeudi à 10 heures du matin.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h. 1/2. Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée; présentation de cas cliniques, etc. — *Service de* M. le Dr P. MARIE. Le service de l'infirmerie de Bicêtre comprend un grand nombre de malades atteints d'affections chroniques et particulièrement d'affections du système nerveux. Ce service est ouvert aux étudiants et le samedi a lieu, à 9 h. 1/2, une visite générale au cours de laquelle le Dr Pierre Marie présente les malades les plus intéressants.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES 71.

XXIXᵉ ANNÉE. 3ᵉ SÉRIE. T. XI. Nº 23. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 9 JUIN 1900.

Le Progrès Médical

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Trois cas d'inondation sanguine péritonéale, Suite de rupture de grossesses extra-utérines ;

Par M. AUVRAY. chirurgien des hôpitaux de Paris.

Au moment où de divers côtés, on apporte de nouveaux faits relatifs aux accidents hémorragiques qui succèdent à la rupture de grossesses extra-utérines, il me paraît intéressant de publier les trois observations suivantes, qui ont été présentées à la Société de Chirurgie, où elles ont fait l'objet d'un rapport de M. Routier dans la séance du 21 mars 1900. Je les ferai suivre de quelques réflexions sur certains points qui méritent d'être signalés.

OBSERVATION I. — Femme de 25 ans, qui ne présente rien à noter dans ses antécédents personnels et en particulier du côté de l'appareil génital.

Après un retard dans ses règles de dix-huit jours, elle est prise tout à coup, un matin vers 10 heures, dans la rue. d'une douleur brusque et très violente dans le côté droit du petit bassin. Les douleurs et les tendances à la syncope sont telles que cette femme est obligée de prendre une voiture et de se faire transporter immédiatement à son domicile.

Son état s'aggrave dans la journée, et elle est admise d'urgence à l'hôpital, avec des signes très nets d'hémorragie interne, le même jour dans la soirée.

Appelé pour l'opérer, je constate tous les signes d'une grande hémorragie (pâleur extrême des téguments, refroidissement des extrémités, angoisse respiratoire très marquée, pouls petit et rapide, abaissement de la température). L'examen de la cavité abdominale révèle à la palpation l'existence d'une tuméfaction siégeant du côté droit du petit bassin, et remontant jusque dans la fosse iliaque, avec douleur maximum, localisée à la même région. Je néglige de pratiquer le toucher qui peut être septique, avant de faire la laparotomie.

Opération. — Elle est immédiatement pratiquée, mais la gêne respiratoire de la malade est telle que l'anesthésie doit être commencée dans la position assise. Lorsqu'on cherche à étendre la malade, elle est prise immédiatement de phénomènes de suffocation. Au bout de quelques instants d'anesthésie au chloroforme, la position horizontale devient possible et la chloroformisation est admirablement supportée, malgré le profond affaiblissement de l'opérée. L'opération, commencée dans la position horizontale, est continuée dans la position de Trendelenburg. Au moment où j'arrive sur le péritoine, celui-ci, distendu par une énorme quantité de sang, ressemble à l'intestin, à tel point, qu'au moment où j'ouvre la cavité péritonéale, mon aide croit à l'ouverture de l'intestin. J'évacue rapidement une énorme quantité de caillots qui se trouvent sur mon passage, puis je porte ma main directement vers les annexes droites de l'utérus que je suppose être le point de départ de l'hémorragie. Je les saisis et les amène facilement à la paroi abdominale ; je constate en un point très voisin de l'insertion de la trompe sur la corne utérine, une dilatation de forme ovoïde de cet organe, portant au niveau de la paroi supérieure une déchirure, présentant à peu près un demi-centimètre de largeur, et à travers laquelle est étranglé l'œuf ayant à peu près les dimensions d'un haricot. La trompe ne saignait plus. Une pince est appliquée sur la trompe et le ligament large, une ligature en chaîne à la soie est placée au-dessous de la pince; les annexes droites sont enlevées Il n'existe rien d'anormal à gauche et les annexes sont respectées. La toilette du péritoine est faite aussi complète que possible; le sang, cependant, ne peut être épongé en totalité. Un drainage à la Mikulicz est établi. La quantité de sang épanché dans le ventre est difficile à apprécier, mais elle devait atteindre an moins deux litres. Le drainage fut enlevé au bout de 48 heures; un drain de calibre, progressivement décroissant, fut placé à la partie inférieure de la plaie abdominale jusqu'au jour où on crut pouvoir l'enlever définitivement. Au bout de 36 heures survinrent des vomissements abondants, noirâtres. Mais il n'y a eu aucune infection, et la malade pouvait quitter le service un mois après l'opération.

OBSERVATION II. — Femme de [illegible]7 ans, sans profession, entrée à l'hôpital Tenon, le 6 septembre 1899.

Antécédents personnels. — Réglée à 11 ans; depuis, règles toujours régulières.

Mère de trois enfants vivants; le quatrième est mort à [illegible] jours. Jamais elle n'a eu de fausses couches. On ne relève aucun antécédent pathologique du côté de l'appareil génital.

Début des accidents. — Au mois de juillet les règles ont été normales; mais au moment des règles du mois d'août, la malade qui éprouvait les mêmes sensations et malaises que lorsqu'elle était enceinte, se mit à perdre beaucoup de sang pendant [illegible] semaines ce qui amena un affaiblissement tel qu'elle fut obligée de prendre le lit. La malade se décide à entrer à l'hopital Tenon le 6 septembre ; elle est reçue dans un *service de médecine*. A ce moment elle ne perdait plus de sang, mais elle était considérablement affaiblie. Son état était si grave et

le diagnostic si incertain, que l'interne de médecine fit appeler un de ses collèges de chirurgie pour examiner la malade. Le diagnostic était hésitant; on émettait bien l'hypothèse d'une hématocèle, mais cependant on se ralliait plus volontiers à des accidents déterminés par la torsion d'un kyste de l'ovaire. En tous cas, à ce moment, on se contenta de me parler de la malade, mais je ne fus pas appelé à l'examiner. Au bout de quelques jours, elle fut passée dans mon service pour y subir l'opération. L'examen du ventre me permit de constater l'existence d'une tumeur kystique dans le côté gauche du petit bassin, elle était douloureuse, atteignait le niveau du détroit supérieur, et paraissait très mobile. Les culs-de-sac du vagin ne présentaient aucun empâtement, on ne constatait rien d'anormal ailleurs. La malade se plaignait de souffrir à gauche, et indiquait un point douloureux en apparence le siège de la tumeur. J'avoue que l'existence de cette tumeur absolumont mobile me fit repousser l'idée d'une hématocèle; aussi en présence de l'amélioration qui s'était produite dans les derniers jours, je conseillai d'attendre pour opérer que l'état général fût devenu encore plus satisfaisant; car il était évident que la malade avait beaucoup souffert de la crise précédente. Elle était passée le 10 septembre en chirurgie; le 20 dans la soirée l'état de la malade empira, elle avait du délire, voulait sortir de son lit, se plaignait de douleurs violentes à gauche dans le ventre, et réclamait des lavements, car elle éprouvait un besoin continuel d'aller à la selle qu'elle ne pouvait satisfaire. Je ne fus pas préveuu de cette aggravation. Le 21 au matin, pendant que j'opérais dans le service, elle fut prise de nouveaux accidents très violents (yeux hagards, teint blême, lèvres décolorées, douleur paroxystique dans la fosse iliaque gauche où l'on voit nettement une tumeur, pouls incomptable, filiforme, refroidissement des extrémités; en un mot, tous les signes d'une grande hemorragie). Elle était entrée dans la période d'agonie. Je la fis immédiatement transporter dans la salle d'opération; tout fut préparé à la hâte et tandis que mon interne pratiquait une injection de sérum artificiel dans la veine saphène, j'ouvrais seul la paroi abdominale. Au moment où j'incisai les téguments, il existait encore à de rares intervalles un mouvement respiratoire, elle avait les hoquets de la mort, et dans l'assistance plusieurs personnes me conseillèrent de m'arrêter, car on la considérait comme perdue. Inutile d'ajouter que pas un vaisseau de la paroi abdominale ne donnait du sang. J'ouvris le péritoine, et lestement me portant à travers les caillots qui remplissaient le ventre, dans la partie gauche du petit bassin, j'y trouvai la tumeur mobile, libre d'adhérences, je la saisis et l'amenai facilement au dehors. Je pinçai le pédicule avec un clamp; je sectionnai au-dessus; je liai le pédicule à la soie; j'évacuai le sang autant que possible, sans cependant m'y attarder trop longtemps. Je suturai la paroi et drainai avec un gros drain entouré de gaze stérilisée sans faire de tamponnement. La tumeur était formée par un kyste contenant du liquide ammiotique et un embryon: le volume était celui d'une grosse orange et l'ovaire était intimement fusionné avec la paroi du kyste. Sous l'influence de l'injection intra-veineuse de deux litres de sérum, le pouls était revenu peu à peu ainsi que les mouvements respiratoires, la malade se calmait et se réchauffait; bref l'injection de sérum produisait une véritable résurrection. Voyant l'état de la malade s'améliorer sous l'influence de l'injection, j'avais fait administrer quelques gouttes de chloroforme pour terminer l'opération. Un litre de sérum sous-cutané fut encore injecté dans l'après-midi. Le soir la température était à 36°4; les jours suivants le pouls était encore rapide, la température s'était élevée à 37°,6. Les suites furent absolument normales; le drainage fut enlevé le deuxième jour, des drains de plus en plus petits furent placés dans la plaie. La malade sortait de l'hôpital, un mois après, guérie.

Examen histologique. — Des coupes histologiques en série ont été pratiquées par M. le Pr Cornil: elles montrent que le tissu de l'ovaire ne participe pas à la constitution du placenta. L'œuf ne s'est pas développé dans l'épaisseur du parenchyme ovarien, mais à la surface de l'ovaire. La grossesse ectopique n'est donc pas une grossesse ovarienne à proprement parler, mais une grossesse péritonéo-ovarienne.

OBSERVATION III. — Femme de 26 ans, couturière, entrée le 23 septembre à l'hôpital Tenon.

Antécédents personnels. — Réglée à 13 ans; n'a vu à ce moment qu'une seule fois, puis les règles suspendues n'ont réapparu qu'au bout d'un an. Depuis, elle a toujours été réglée très régulièrement. Elle a eu son premier enfant à 17 ans et demi, vivant et bien portant; le deuxième à 21 ans Jamais de fausses couches, ni d'accidents utérins.

Histoire de la maladie. — Dernières règles normales le 10 juin; au mois de juillet elle avait vu ses règles en deux fois, le 9 et le 19; au mois d'août, suppression des règles. A partir du 19 septembre, elle a perdu du sang. La malade ne croyait pas être enceinte; cependant les maux de tête et d'estomac qu'elle présentait habituellement se sont accentués pendant les deux derniers mois. Le 23 septembre, à 9 heures du matin, la malade est prise d'étourdissements, de tendance à la syncope, avec douleurs dans l'abdomen. Elle était amenée l'après-midi à l'hôpital avec tous les signes d'une grande hémorragie interne; elle souffrait à gauche dans le ventre et le toucher combiné au palper révélait dans l'excavation pelvienne du côté gauche de l'empâtement dans le cul-de-sac latéral, qui faisait songer à une lésion de ce côté. Appelé d'urgence, je pratiquai l'opération à 7 h. du soir sous le chloroforme. Avant l'opération on avait injecté sous la peau un litre de sérum. A ce moment le pouls était irrégulier, incomptable. Après ouverture de la cavité péritonéale, j'évacue rapidement une masse abondante de caillots, et me portant vers les annexes gauches, je saisis et j'amène assez facilement au dehors du ventre une masse formée par la trompe et les débris de l'œuf; je place un clamp sur le pédicule pour assurer l'hémostase; puis, à l'abri de toute hémorragie, je place au-dessous du clamp une ligature en chaîne à la soie. Pour ne pas prolonger l'acte opératoire, j'éponge le sang épanché dans l'abdomen, sans trop insister. Le surplus sera éliminé par le drainage que j'établis dans le cul-de-sac postérieur, drainage formé d'un tube entouré de gaze stérilisée, sans faire de tamponnement. Pendant l'opération, deux litres de sérum ont été injectés dans la saphène droite. Il s'agissait dans cette troisième observation, comme dans la première, d'une rupture de grossesse tubaire.

Le lendemain de l'opération, l'état de la malade était satisfaisant, le pouls encore rapide était devenu plus régulier. Les injections sous-cutanées de sérum furent continuées. La température s'éleva le soir à 38°7, puis baissa graduellement les jours suivants. La malade sortait guérie de l'hôpital un mois après l'opération.

Examen de la pièce par M. Loeper. — Microscopiquement, la pièce qui nous a été remise présente tous les caractères d'une grossesse tubaire. Le kyste fœtal fait hernie au niveau de la région ampullaire de la trompe. Les dimensions sont à peu près celles d'un œuf de pigeon. La paroi amincie à la partie supérieure s'est déchirée et ouverte dans le péritoine où elle a déversé son contenu. Quelques caillots sanguins persistent dans le fond de la poche. Examinés sous l'eau ils ne contiennent aucun prolongement villeux. A la loupe, au contraire, la surface interne du kyste débarrassé des caillots, apparaît grenue, villeuse; les filaments chevelus flottent à la surface du liquide qui les baigne. Un stylet enfoncé aux extrémités du kyste s'arrête à un centimètre environ de profondeur, signe de l'oblitération du canal tubaire en aval et en amont de la poche. Coupée suivant un plan vertico-transversal et examinée au microscope la paroi kystique est continuée par trois zones d'aspect très différent. La zone la plus externe est constituée par du tissu fibreux avec vaisseaux très dilatés et gorgés de globules rouges. Immédiatement au-dessous d'elle apparaissent les fibres musculaires de la trompe dont le nombre est augmenté; ces fibres musculaires ont comme éclaté sous la pression; elles sont séparées les unes des autres par des interstices fibreux semés de cellules conjonctives et embryonnaires et de capillaires sanguins. La zone moyenne est formée de tissu chorial avec cellules allongées, abondantes et lacunes assez considérables. Ces lacunes contiennent une substance transparente, colorée en rose par l'éosine, substance qui n'est peut-être que le reliquat de la fonte des globules rouges. La couche interne est constituée par des villosités plus ou moins

tordues sur leur axe. L'épithélium superficiel est intact. Il contient du glycogène. Le chorion peu glycogéné est normal dans la plupart des prolongements villeux. Dans d'autres, il semble subir la dégénérescence fibro-myxomateuse dont parle Pillict. Les autres régions de la trompe sont épaissies dans leurs tuniques externe et moyenne. La couche des franges est à peu près normale. On y note les lésions de la salpingite catarrhale légère. L'épithélium est desquamé par places, en général aplati et les franges un peu adhérentes entre elles au voisinage du kyste, mais tout redevient normal très rapidement.

Ces trois malades, opérées dans un espace de quelques mois pour inondation péritonéale consécutive à la rupture d'une grossesse extra-utérine, ont dû leur salut à l'opération.

Actuellement, il est admis que toutes les fois que le diagnostic d'hémorragie intra-péritonéale est fait, l'intervention immédiate s'impose. C'est un fait qui ressort nettement des discussions de la Société de chirurgie et sur lequel je n'ai point à revenir. Ce que j'ai tenu à signaler, c'est l'état très grave dans lequel se trouvaient mes trois opérées lorsqu'elles durent subir la laparotomie ; l'une d'elle était considérée comme morte par les assistants, et j'eus à lutter contre mon entourage pour continuer une opération qui, certes, était bien hasardeuse. Je crois donc être autorisé à dire que ces malades peuvent être opérées à toute extrémité, même sans anesthésie, grâce au puissant moyen dont nous disposons avec le sérum artificiel, qui pour produire les effets qu'on est en droit d'en attendre, doit toujours être employé sous forme d'injection intra-veineuse, à la dose de deux litres au moins, injectés pendant l'opération. Le sérum, continué dans les jours qui suivent, est un puissant adjuvant. Chez mes trois malades, la convalescence a été très rapide, puisque toutes les trois quittaient l'hôpital au bout d'un mois.

Le diagnostic a présenté certaines difficultés chez notre opérée (observation II). On a vu que l'existence d'une tumeur absolument mobile, formée par un kyste fœtal accolé à l'ovaire, et libre de toute adhérence, fit penser aux accidents déterminés par la torsion du pédicule d'un kyste de l'ovaire. Cette erreur de diagnostic signalée par certains auteurs (Richardson, Stevenson, Edis, Ross, Bouilly) aurait pu avoir les conséquences les plus fâcheuses, si je ne m'étais trouvé présent au moment de la deuxième crise. Du reste, qu'il y ait torsion du pédicule d'un kyste ou inondation péritonéale, suite de rupture de grossesse extra-utérine, le mieux dans l'un et l'autre cas, est d'intervenir immédiatement et c'est ce que j'aurais fait si j'avais vu la malade au moment où elle a séjourné en médecine. Je dois dire, du reste, qu'un point de l'observation aurait dû attirer notre attention, c'est la suspension des règles que l'on relevait dans les antécédents de la malade ; c'est là un élément de diagnostic capital dans les cas qui nous occupent. Je fus trop impressionné par l'existence d'une tumeur kystique mobile. Notre observation prouve, en effet, que dans les cas de grossesse ovarienne pure ou péritonéo-ovarienne, l'œuf réuni à l'ovaire peut avoir, en l'absence de toute adhérence, une mobilité absolue.

Il ne me semble pas utile, pour opérer, d'avoir recours à la position déclive de Trendelenburg, qui permet au sang de s'insinuer au milieu des anses intestinales jusque sous le diaphragme; mes deux dernières malades ont été opérées dans la position horizontale et je m'en suis bien trouvé.

La technique opératoire m'a paru très simple dans les trois cas dont il vient d'être question. Cependant, chez la malade qui fait l'objet de notre observation I, le siège de la rupture très voisin de la corne utérine rendit difficile l'application de la ligature portée sur la trompe ; cette ligature reposait sur le tissu utérin, et il ne me paraît pas douteux que le développement de l'œuf au contact de la corne utérine ou dans la portion interstitielle de la trompe crée des indications opératoires spéciales ; il me semble que l'hystérectomie resterait la seule opération possible dans le cas d'accidents liés à l'évolution d'une grossesse interstitielle un peu volumineuse.

A la fin de l'opération, les grands lavages de la cavité péritonéale me semblent contre-indiqués, et il me paraît inutile de s'attarder à l'évacuation complète du sang épanché dans la cavité péritonéale. Lorsque la masse principale des caillots a été évacuée, plutôt que de s'exposer à dépolir, à irriter la surface de la séreuse par des frottements répétés avec des compresses, ce qui peut ne pas être sans inconvénient, je crois préférable de fermer le ventre, en assurant l'écoulement du liquide qui reste par un bon drainage. Je préfère l'emploi d'un gros drain enveloppé de gaze stérilisée, à celui du tamponnement serré à la Mikulicz. J'ai toujours pu supprimer ce drainage au bout de quelques jours.

Je rappelle, en passant, un fait signalé dans l'observation II, qui est relatif à la discussion soulevée dans les dernières séances de la Société de chirurgie, sur les accidents fébriles qui accompagnent la résorption des épanchements de sang aseptique dans les cavités séreuses. Dans l'espace de temps qui s'écoula entre l'entrée de la malade dans le service de médecine et son passage en chirurgie, la température qui était voisine de 37° monta jusqu'à 38°,5 et s'y maintint pendant trois jours et demi, pour redescendre ensuite à la normale. Or, il n'existait aucune lésion infectieuse capable d'expliquer cette élévation de température, qui me paraît imputable uniquement à l'hémorragie intra-péritonéale produite au moment de la première crise.

Chez mes trois opérées, je conservai les annexes opposées au côté malade, après m'être assuré qu'elles étaient saines. Je sais que des cas ont été rapportés où la récidive s'est faite du côté qui avait été laissé comme sain, cependant, il me semble que nous ne sommes pas autorisés à pratiquer la castration totale, parce qu'une récidive, — très problématique du reste, — pourrait se produire dans les annexes laissées en place.

Au point de vue de la fréquence relative du siège de la grossesse ectopique à droite ou à gauche, voici ce que j'ai constaté: dans les trois cas dont il vient d'être question où j'intervins pour des hémorragies cataclysmiques, j'ai vu que les lésions siégeaient deux fois à gauche, une fois à droite ; dans trois autres cas d'hématocèle par rupture de grossesse extra-utérine où je suis intervenu à froid, deux fois la rupture s'était produite à gauche et une fois seulement à droite. Je me garderai bien de tirer de ces faits la conclusion que la grossesse ectopique siège plus souvent à gauche qu'à droite ; voici en effet ce que disent quelques statistiques publiées sur ce sujet: Von Schrenck, trouve 124 à droite, 123 à gauche ; Huning, signale une fréquence égale à droite et à gauche ; Hecker sur 64 cas indique 27 fois un siège à droite et 37 fois à gauche; Campbell, sur 75 cas, 34 à droite et 41 à gauche ; Martin, sur 77 cas, 44 à droite et 33 à gauche.

*

Enfin, dans notre observation II, le résultat de l'examen histologique est particulièrement intéressant. Microscopiquement l'œuf était intimement fusionné avec l'ovaire et l'ensemble de la masse était libre de toute adhérence avec les parois du pelvis, j'avais donc pu émettre l'hypothèse à première vue qu'il s'agissait là d'une grossesse ovarienne. Des coupes en série pratiquées par le Pr Cornil ont montré qu'on était en présence, non d'une grossesse ovarienne à proprement parler, mais d'une grossesse péritonéo-ovarienne. L'œuf s'était greffé à la surface du péritoine ovarien. Il y avait intérêt à élucider cette question, car on sait combien sont rares, quoique non douteuses, les observations de grossesse ovarienne vraie, c'est-à-dire les grossesses où le tissu ovarien lui-même prend part à la constitution du placenta. Le fait n'en est pas moins utile à signaler, car beaucoup de cas rapportés comme des grossesses ovariennes pures, n'étaient, comme dans notre observation, que des grossesses péritonéo-ovariennes.

Tels sont les quelques points qu'il m'a paru utile de relever dans les trois observations qui précèdent; j'ajoute, à la liste déjà longue des cas de même nature, ces trois faits suivis de guérison. Ce sont les seuls que j'ai eu l'occasion d'opérer. Lorsque dans quelques années, les observations nouvelles seront réunies et étudiées dans des travaux d'ensemble, on pourra se convaincre des résultats merveilleux que procure la chirurgie à ces malades qui étaient jadis irrémédiablement perdues.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'hygiène et l'État.

I. — *La lutte contre l'alcoolisme dans la Marine.*

La presse médicale a été unanime à applaudir à la circulaire du général Galiffet interdisant la vente de l'alcool dans les casernes. Le *Progrès Médical* n'a pas été le dernier dans ce concert d'éloges; de telles mesures d'hygiène sont trop rarement prises de nos jours pour n'être pas approuvées, quelle que soit leur origine. En apprenant que M. de Lanessan préparait une circulaire semblable pour la marine, nous crûmes qu'il allait surpasser encore le Ministre de la Guerre; médecin distingué, même professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, le Ministre de la Marine actuel ne pouvait, pensions-nous, céder sur ce point le pas à un général. Nous avons été déçus, et la circulaire suivante au bas de laquelle le nom de Lanessan paraît déplacé, semble plutôt l'œuvre d'un chef de bureau bien intentionné, mais mal instruit, que celle de quelqu'un ayant de près ou de loin abordé des études médicales; lisez plutôt.

Au sujet des boissons dont la vente peut être autorisée dans les cantines des établissements de la marine.

Monsieur le Ministre de la Marine à MM. les vice-amiraux, commandant en chef, préfets maritimes.

Messieurs,

De nombreuses mesures ont été prises jusqu'à ce jour par le département pour prémunir, dans la mesure du possible, les militaires et marins contre les dangers de l'alcoolisme. Il a été prescrit notamment que la quantité de spiritueux comprise dans la ration des équipages serait réduite de 6 à 3 centilitres et ne serait plus distribuée aux équipages qu'à la mer ou en rade et seulement dans certaines conditions de température.

Dans le même but, le livret individuel contient aujourd'hui une page donnant des notions générales d'hygiène, dans lesquelles les effets de l'alcool sur l'organisme sont décrits et une circulaire a prescrit de lire à haute voix, à l'inspection du dimanche, les noms des hommes punis pour ivresse, avec indication des circonstances dans lesquelles l'infraction s'est produite, et de la peine infligée.

On a, en outre, cherché à développer les mesures moralisatrices : des circulaires de 1895 et 1897 ont prescrit d'insister, dans les diverses écoles faites par les commandants de compagnie et médecins, sur les dangers de l'alcoolisme, le livret anti-alcoolique du Dr Galtier-Boissière devant servir de guide aux professeurs. Il me semble utile de compléter ces dispositions, en prémunissant, autant que possible, les militaires et marins contre les tentations qu'ils peuvent avoir d'absorber des spiritueux dans les cantines des établissements militaires.

Je ne crois pas, cependant, qu'il y ait lieu d'en interdire l'usage d'une manière absolue. Les marins et les militaires des troupes de la marine sont, pour la plupart, des rengagés comptant plusieurs années de service et moins exposés, en conséquence, que de tout jeunes gens, à des entraînements fâcheux. Il paraît préférable de permettre, dans les cantines, quelques-unes des boissons que les hommes peuvent toujours se procurer chez les débitants des villes de garnison. L'expérience démontre que la plupart des cas d'ivresse se produisent dans les débits où les hommes échappent à toute surveillance, et non dans les cantines, où l'action de l'autorité militaire peut toujour s'exercer. J'ai donc pensé qu'il y avait lieu de réglementer la vente des boissons alcooliques, plutôt que de les éliminer totalement des cantines, et j'ai arrêté, à cet effet, les dispositions ci-après : La vente des boissons fermentées : vin, bière, cidre, poiré et celle de toutes les boissons usuelles ne renfermant pas d'alcool (café, thé, lait, chocolat, etc.) est autorisée sans restriction dans les cantines des établissements militaires (casernes, quartiers, camps, dépôts, postes militaires, champs de tir, terrains de manœuvre).

Quant à la vente des boissons à base d'alcool, elle pourra être tolérée, mais sous la surveillance attentive des chefs de corps, qui devront, en particulier, éliminer les boissons reconnues nocives, telles que l'absinthe et toutes les liqueurs de marque inférieure. La consommation journalière devra en être réglementée de manière à ne pas dépasser un maximum qui sera fixé en tenant compte de l'effectif et du nombre des rengagés.

Enfin, les chefs de corps ne devront pas hésiter à consigner pour un ou plusieurs jours les cantines où un cas d'ivresse aurait été constaté, quelle qu'ait été la boisson consommée. Afin de me permettre d'apprécier s'il ne conviendrait pas de prescrire de nouvelles mesures restrictives, e vous prie de vouloir bien me faire parvenir, dans un délai de trois mois, un rapport spécial sur le fonctionnement des cantines, faisant connaître si les résultats obtenus sont entièrement satisfaisants.

L'insertion de la présente circulaire au *Journal officiel* et au *Bulletin officiel de la marine* tiendra lieu de notification.

De Lanessan.

M. de Lanessan nous permettra de trouver ses restrictions étranges. Il réprime l'ivrognerie mais permet l'alcoolisme. Il compte sur la sagesse des rengagés « moins exposés que tous les jeunes à des entraînements fâcheux » car ils supportent d'autant mieux l'alcool qu'ils sont depuis plus longtemps intoxiqués. Il compte encore sur la surveillance des chefs de corps, sur la prohibition des liqueurs de marque inférieure, comme si celles de marque supérieure ne sont pas aussi nuisibles.

Nous n'hésitons pas à considérer la note de M. de Lanessan comme un mauvais exemple, d'autant plus dangereux qu'il provient d'un agrégé de l'Ecole de Médecine. Que pense-t-il obtenir avec de pareilles demi-

mesures, si ce n'est d'ancrer chez nos marins l'idée que l'alcool n'est pas aussi dangereux qu'on le prétend puisque M. le Ministre le tolère.

Nous avouons humblement qu'après avoir lu et relu la circulaire de Lanessan, nous n'avons guère compris le mobile de son auteur. Aurait-il voulu, dépouillant le vieil homme, se rendre populaire dans la marine en y tolérant la consommation traditionnelle du tafia? En tous cas, bien peu désormais seront convaincus que le M. de Lanessan, ministre, est le même que le de Lanessan, agrégé et médecin, dont ils ont entendu parler autrefois. J. Noir.

II. — *Mauvaise tenue des Etablissements publics.*

Le *Correspondant médical* du 15 mai, sous le titre : *La tuberculose gouvernementale*, après avoir rappelé que le gouvernement a nommé une commission à l'effet de présenter un rapport sur les moyens de combattre la tuberculose, ajoute les réflexions suivantes :

« Avant de chercher à corriger les citoyens de leurs mauvaises pratiques hygiéniques, l'Etat devrait chercher à se corriger lui-même. Les établissements les plus sales, les plus mal tenus sont toujours ceux du gouvernement. La plus modeste boutique d'épicier est plus propre que le bureau de poste ou l'escalier du percepteur. Combien de fois par an nettoie-t-on les trottoirs et les salles des gares? Avant d'apprendre aux autres la propreté, que l'Etat commence par l'appliquer chez ses subordonnés. »

Aux établissements que cite le *Correspondant médical*, on pourrait ajouter un grand nombre d'écoles et la plupart des hôpitaux et hospices, en tête, l'Hôtel-Dieu, ce qui reste de l'ancien Hôtel-Dieu, la Pitié, Bicêtre, etc. Cette triste situation, en ce qui concerne l'Assistance publique, tient à ce que malgré les réclamations énergiques de M. Peyron et de M. Napias, le Conseil municipal a diminué les crédits d'entretien, alors qu'il aurait dû les augmenter. C'est un peu partout qu'il y aurait des critiques à faire. On parle beaucoup d'hygiène en théorie, mais dans la pratique on s'en soucie fort peu. C'est ainsi qu'on nous a raconté, il y a quelque jours, que les candidats à l'Ecole polytechnique de la région de Paris faisaient leurs compositions écrites dans le grand manège de l'Ecole militaire, dans les conditions d'hygiène les plus défavorables. C'est ainsi que des concours de la Faculté de Médecine, qui exigent des dissections, ont lieu non pas l'hiver, mais en plein été, durant les plus fortes chaleurs, contrairement aux plus élémentaires prescriptions de l'hygiène. Le Comité consultatif d'hygiène, dont M. le Pr Brouardel, doyen, est le Président, pourrait étudier utilement toutes ces intéressantes questions. Dr Freeman.

NÉCROLOGIE

M. Georges MASSON.

Au moment de mettre sous presse, nous apprenons la mort de M. G. Masson, l'éditeur scientifique bien connu, président de la Chambre de Commerce de Paris, commandeur de la Légion d'honneur, membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique à Paris, du Comité consultatif d'hygiène de France et du Comité de direction des services d'hygiène, etc. M. Masson avait de nombreuses relations dans le corps médical parisien, où sa perte sera vivement regrettée. En cette douloureuse circonstance, le *Progrès Médical* adresse à la famille de M. Masson et notamment à son fils, M. P. Masson, trésorier des Congrès médicaux de 1900, l'expression de ses sincères condoléances. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 28 mai 1900.

Sur le rappel à la vie obtenu par la compression rythmée du cœur.

MM. Tuffier et Hallion présentent une note sur le rappel à la vie par la compression rythmée du cœur. Des expériences de ce genre ont été faites par M. Batelli sur des chiens tués par suffocation ou chloroformisation. La vie a pu être ainsi ramenée pendant une période qui n'a jamais dépassé vingt-deux heures, mais qui paraît influencée par la mutilation due au procédé opératoire. L'expérience n'avait pas été tentée sur l'homme. Un homme de vingt-quatre ans opéré depuis plusieurs jours pour des accidents aigus d'appendicite, présentait des suites opératoires normales lorsqu'il fut, en présence des auteurs, pris d'une syncope. Ayant constaté la cessation absolue des battements du cœur, MM. Tuffier et Hallion essayèrent d'abord la respiration artificielle combinée avec des tractions rythmées de la langue. En présence de l'insuccès de ces tentatives, le troisième espace intercostal fut fendu et le péricarde décollé, Puis saisissant la masse ventriculaire, M. Tuffier pratiqua sur elle 60 ou 80 compressions rythmées. Les pulsations artérielles devinrent alors perceptibles et le patient ouvrit les yeux, remua la tête, reconnut son médecin. Mais, au bout de deux ou trois minutes, le pouls faiblit, puis s'arrêta de nouveau, et ne reprit que sous l'influence de nouvelles compressions rythmées. Ce résultat ne fut d'ailleurs que de courte durée et, malgré un troisième essai, il fut impossible de rappeler le défunt à la vie. L'autopsie montra qu'il y avait un caillot de sang dans la branche gauche de l'artère pulmonaire. Cette lésion a suffi sans doute pour empêcher que le rappel à la vie se maintînt de telle sorte que le réveil passager obtenu dans cette circonstance reste encourageant.

Phisalix.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 26 mai 1900. — Présidence de M. Troisier.

Influence de l'électricité statique sur l'organisme.

M. Yvon étudie l'action de l'électricité sur l'organisme à l'état normal. De ses recherches sur l'élimination de l'urée, de l'acide phosphorique, aux modifications respiratoires, circulatoires et thermiques, il conclut que l'action physiologique de l'électricité statique est fort peu accentuée, si toutefois elle existe.

Action globulicide des silicates alcalins.

M. Hédon (de Montpellier). — Les silicates alcalins sont globulicides vis-à-vis des hématoses du sang. Cette action est énergique, mais demande un certain temps pour se produire, les silicates alcalins ne pénétrant que lentement à l'intérieur du stroma globulaire.

Thérapeutique du muguet.

M. Cottaert (de Lille) pense que le naphtol est l'antiseptique le plus actif contre le muguet. La médication alcaline est un actif adjuvant à cette médication.

Branches hépatiques de l'artère cystique du chien.

M. Cavalié. — Chez le chien dont le foie est multilobé, la vésicule biliaire est accolée aux deux lobules inférieures « lobules cystiques ». Ces lobules sont reliées très étroitement à la vésicule au double point de vue vasculaire et biliaire. L'artère cystique se distribue à ces deux lobules et à la vésicule ; entre la vésicule et la substance hépatique il s'établit des échanges artériels (artères cystico-hépatiques et hépato-cystiques). Il en est de même pour les veines. Ces deux lobules sont à rapprocher du petit territoire

hépatique irrigué par l'artère cystique chez l'homme seulement, chez le chien, l'intimité est encore plus étroite entre la vésicule et les deux lobules voisins, grâce aux canaux biliaires hépato-cystiques qui déversent la bile d'au moins un de ces lobules dans la vésicule ou dans son col. L'auteur a appuyé ses recherches d'épreuves radiographiques.

Action des purgatifs sur la nutrition.

M. H. Moreigne. L'action des purgatifs à petite dose se traduit par une suractivité générale dans les phénomènes de désassimilation et par l'augmentation des oxydations. Cette suractivité dans les échanges intra-organiques est justifiée par l'accroissement subi par les divers éléments urinaires (azote total, azote de l'urée, soufre total, matières fixes, acide phosphorique, etc.)

Amygdales du chien.

M. Retterer expose ses recherches sur l'étude morphologique des amygdales des chiens.

Questions d'anatomie comparée.

M. Alezais (de Marseille) étudie les modifications des surfaces cellulaires dans une série d'animaux pour se prêter à la rotation du radius.

Il étudie aussi le quadriceps fémoral chez les sauteurs.

E. P.

Séance du 2 juin 1900. — Présidence de M. Kauffmann.

Toxicité urinaire.

MM. H. Claude et Balthazard. — Dans les recherches faites pour l'étude de la toxicité urinaire, il faut introduire une correction due au défaut d'isotonie de l'urine par rapport au sang du lapin pris comme animal réactif. Dans une série de dilutions d'urine, la toxicité est au minimum et l'action nocive d'ordre physique n'existe plus, dans celle dont le point de congélation est 0,56, valeur très voisine du point de congélation en sérum de l'animal. Mais il faut, dans ce cas, injecter dans l'urine des quantités de liquide qui sont une cause d'erreur expérimentale. Aussi MM. Claude et Balthazard ont injecté l'urine en nature, faisant la correction de toxicité au moyen d'une table due aux expérience et approximativement exacte. Les erreurs obtenues par cette table de correction ne dépassent pas 1/10 de la toxicité vraie, ce qui, par la recherche de toxicité urinaire, est satisfaisant.

MM. Lesné et Bousquet contestent la valeur de la table ayant eu des erreurs en faisant l'expérience témoin ; mais ils ne s'appuie que sur deux expériences, et l'une au moins se rapprochait beaucoup.

M. Hallion et Carrion, dans des expériences analogues, ont du, par addition d'eau pour ramener l'isotonie avec le sang, diminuer la dose toxique d'urine. Ce résultat paradoxal semblait dû :

1° A l'augmentation de la masse injectée ; 2° à la durée plus longue de l'injection, les poisons urinaires qui, normalement, n'ont pas le temps de prendre part à la mort agissant dans cette action plus longue de l'injection sollicitée.

Centres régulateurs de la tension osmotique du sang.

M. Mayer a déjà étudié les actions produites sur la pression artériel et la vaso-motricité, par les variations expérimentales de pression osmotique du sang dans une région donnée. L'excitation se transmet aux centres par les nerfs vaso-sensibles, et non par l'apport direct du sang au contact des éléments nerveux. En effet, les réactions vasculaires sont produites immédiatement ; de plus, si l'on réalise expérimentalement cet apport direct aux centres du sang de tension osmotique anormale, on obtient des réactions vasculaires toutes différentes de celles précédemment signalées et très comparables à celles de l'épilepsie viscérale. Quant au centre auquel est transmise l'excitation, il paraît être situé dans le bulbe.

Soif d'origine gastrique.

M. Mayer — Dans l'introduction dans la cavité gastrique de solutions hypertoniques (sèches ou salées) il se produit une sécrétion intense de la muqueuse ; on peut vérifier que le sang des capillaires de l'estomac est devenu hypertonique ; le mécanisme de la soif gastique est donc le même que celui de la soif générale.

Tuberculose et viande crue.

M. Ch. Richet. — Dans ses inoculations de tuberculose aux chiens, M. Ch. Richet obtient la mort en trois mois ; les animaux soumis à l'alimentation de viande crue se porte bien et augmentent de poids ; la viande cuite n'empêche par l'évolution de la tuberculose. Les chiens nourris de viande crue deux mois avant l'inoculation n'ont pu contracter la tuberculose. La dose est de 10 gr. par kilogramme d'animal.

M. Laborde confirme ces résultats ; il faut râcler la viande avec un couteau et mélanger la pulpe dans du bouillon froid et en faire une pâtée très homogène ; on peut ensuite mêler un peu de bouillon chaud qui ne cuise pas la viande.

M. Bouchard. — Devant les critiques adressées en ces derniers temps au procédé de mensuration de la toxicité des urines par injection intra-veineuse de ce liquide au lapin, je demande à la Société de bien vouloir nommer une commission chargée de vérifier les résultats obtenus et de se prononcer définitivement sur la valeur de la méthode.

On n'est pas en droit de demander à un procédé biologique expérimental des résultats toujours identiques et d'une précision et d'une netteté absolues. Mais je prétends que, en tenant compte des correctifs nécessaires signalés par les auteurs et par moi-même, nous avons un moyen suffisamment exact d'appréciation de la toxicité urinaire.

Commission nommée : MM. Chantemesse, Charrin, Dastre, Hallan, Kauffmann, Lapicque, Malassez, Richet, Roger.

Action de la thyroïdine dans la consolidation des fractures.

MM. G. Carrière et Vauverts ont fracturé le fémur à 4 lapins d'âge différent, appareil contentif de tarlatane plâtrée entre deux attelles de bois, 3 lapins reçurent une injection quotidienne de suc thyroïdien (1/12 du corps thyroïdie, puis 1/20). Au vingtième jour le lapin témoin avait une fracture consolidée, celle des autres ne l'était pas.

Une deuxième série reçut 1/30e de corps thyroïde, par mégastrique sans hâter la consolidation.

Chez le lapin, la démonstration de la thyroïdine ne hâte pas la consolidation des fractures.

Travail statique des tissus et lymphe.

M. Moussu. — Après création d'une fistule lympathique au cou d'un cheval préalablement fixé, le piétinement sur place favorise l'encombrement de la lymphe ; il y a dans le cou maintenu, un véritable statique déterminé par le travail actif du train de derrière.

MM. Abelous et Ribaut obtiennent un ferment salubre dans la substance rénale qui opère *in vitro* la synthèse de l'acide hippurique aux dépens du glycocolle et de l'acide benzoique.

E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 29 mai 1900. — **Présidence de M. Marey.**

Irréductibilité de l'utérus gravide en rétroversion.

M. Pinard présente deux observations dues à M. Mouchet (de Sens). Ces deux faits sont fort importants comme règle de conduite. A l'heure actuelle, le traitement de la rétroversion de l'utérus gravide me paraît devoir être formulé ainsi : au début, provoquer la libre évacuation de la vessie et du rectum ; le plus souvent la réduction se produira

spontanément. La controversion persistant, il faut pratiquer la réduction manuelle par le vagin avec ou sans anesthésie. Si l'on échoue, l'introduction d'un ballon, gonflé et laissé à demeure dans le rectum, est la seule intervention instrumentale qui doive être tentée. La rétroversion se montrant irréductible, la seule intervention rationnelle et utile est la laparotomie ou cœliotomie, qui permettra de détruire les adhérences s'il y a lieu, et d'enlever les tumeurs, et, en tout cas, de pratiquer la réduction directe.

M. Pinard ajoute qu'en cas de signes permettant de constater la gangrène de la muqueuse vésicale, il faudrait pratiquer ensuite la taille vaginale.

Action des faibles doses d'hémolysine humaine.

M. Metchnikoff fait une communication en son nom et en celui de son préparateur, M. le Dr Besredka, sur l'action des faibles doses de l'hémolysine humaine sur les hématies et l'hémoglobine. Le résultat principal, obtenu par ces observateurs sur six lépreux, se résume dans le fait que des faibles doses de ce poison artificiel (obtenu à la suite d'injections de sang humain à une chèvre) constituent un stimulant efficace de l'hématopoièse.

Prophylaxie du paludisme.

M. Laveran lit au nom de la Commission du paludisme une instruction pour la prophylaxie du paludisme. Le rôle des moustiques, les mesures pour l'assainissement des localités et pour la prophylaxie individuelle du paludisme y sont étudiés en détail.

Anesthésie médullaire.

M. Tuffier signale un procédé nouveau et très intéressant d'anesthésie.

M. Tuffier présente une femme ayant subi une laparotomie, un homme amputé de la jambe, et un rein enlevé par néphrectomie. Ces trois opérations ont ce caractère commun d'avoir été exécutées grâce à l'anesthésie médullaire obtenue par l'injection de un centigramme de chlorhydrate de cocaïne dans le canal rachidien. M. Tuffier a opéré quatre-vingts malades ainsi anesthésiés.

Communications diverses.

Cette séance, très chargée, comporte encore plusieurs communications spéciales : 1° Un rapport de M. Ch. Monod relatif à un procédé de M. Ducroquet pour le traitement non sanglant de la luxation congénitale de la hanche ; 2° un travail de M. Suarez de Mendoza sur l'ouverture des cavités de l'oreille moyenne ; 3° un important mémoire de M. Valude sur les opérations faites sur l'orbite et l'ablations des tumeurs orbitaires profondes par la voie temporale. Ce procédé permet de ménager sûrement le globe de l'œil.

Élections.

Ont été élus associés nationaux MM. Pierret (de Lyon) et Morache (de Bordeaux). A.-F. Plicque.

Séance du 5 juin.

Lésions histologiques de la rage.

M. Laveran présente un mémoire de M. Marinesco montrant toute la difficulté du diagnostic histologique de la rage. Les nodules rabiques de la moelle, du bulbe, de la protubérance, les altérations des ganglions spinaux, n'ont pas une valeur absolue. Ils peuvent manquer dans la rage. Ils peuvent parfois se rencontrer dans la névrite ascendante.

Propagation de la variole par les mouches.

M. Hervieux présente la relation d'une épidémie observée par M. Laforgue à Tamerna (département de Constantine) et montrant le rôle des mouches dans la transmission de la variole.

Anévrismes et sérum gélatiné.

M. Lancereaux présente un malade de 37 ans, ancien paludique, atteint d'anévrisme de la crosse de l'aorte saillant à la partie antérieure et supérieure du thorax. Le volume de la tumeur est celui d'une grosse orange ; le malade a été traité par les injections de gélatine ; la tumeur a durci et s'est légèrement rétractée ; le malade a engraissé de 10 kilogrammes. Son état général est excellent.

Entéro-colite dysentériforme des jeunes enfants.

M. R. Saint-Philippe lit un mémoire dont voici les conclusions : 1° Les diarrhées de l'enfance doivent être soigneusement distinguées les unes des autres, pour pouvoir être traitées rationnellement. L'aspect des selles permet seul d'appliquer le traitement ; 2° l'entéro-colite glaireuse *dysentériforme*, dysentérique, est une variété à part, caractérisée par une étiologie des symptômes et des indications thérapeutiques spéciaux ; 3° cette espèce d'entérite est très heureusement modifiée pas la poudre fraîche de pâte de Guarana, qui devra être employée en macération à froid, préparée assez longtemps à l'avance ; 4° les doses varient, suivant l'âge, de 50 centigrammes à 2 grammes dans les vingt-quatre heures. Elles doivent être absorbées sans interruption. A. F. Plicque.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 30 mai 1900. — Présidence de M. Richelot.

Abcès pelviens d'origine appendiculaire.

M. Delanglade (de Marseille) présente trois cas d'abcès pelviens d'origine appendiculaire, opérés par la voie prérectale et suivis de guérison.

Tuberculose rénale.

M. Albarran revenant sur la question de l'utilité du cathétérisme urétéral dans la tuberculose rénale, déclare que cette utilité existe dans l'immense majorité des cas ; M. Tuffier, en effet, donne comme cas ne le réclamant pas ou le condamnant, la présence d'urine normale dans la vessie et l'existence d'une pyonéphrose ; or, ces deux circonstances sont également exceptionnelles. Par contre dans certains cas, aucun symptôme ne révèle l'existence d'une tuberculose de l'autre rein, alors que le cathétérisme permet de le déceler ; il n'existe aucun procédé d'analyse des urines qui donne l'état des deux reins ; ou contrairement à ce que pense M. Tuffier, il suffit de recueillir pendant un quart d'heure l'urine des deux reins et de les comparer au point de vue chimique et bactériologique. Le cathétérisme ne présente aucune espèce de danger, pas plus que celui de l'urèthre ou de la trompe d'Eustache.

De l'asepsie.

M. Reynier s'élève contre l'absolutisme de M. Quénu ; il n'est pas possible de diviser les chirurgiens en septiques et aseptiques et il vaut mieux apprendre à se désinfecter les mains qu'à les maintenir stériles ; pendant les opérations il est bon de se les laver fréquemment dans le sublimé.

M. Delbet a fait, avec le concours de M. Vidal, des expériences qui lui paraissent absolument concluantes et qui prouvent scientifiquement que l'on peut se désinfecter les mains alors même qu'on a touché les choses les plus septiques ; ces expériences ont consisté à brasser pendant 10 minutes des cultures des microbes aérobies et anaérobies les plus divers, à faire ensuite avec le râclage des mains des ensemencements avant et après lavage. Tous les tubes ensemencés après lavage des mains, sont restés absolument stériles ; les premiers, par contre, ont tous cultivé. Il est donc absolument possible de s'aseptiser les mains ; M. Delbet fait remarquer qu'il faut employer une eau non courante, cette dernière donnant une émulsion de savon insuffisante ; de plus, il est bon de décaper l'épiderme avec un brossage à l'alcool jusqu'à ce que le sublimé mouille bien la peau, ce qui n'arrive pas quand la peau n'est pas défroissée.

M. Delbet a pratiqué jusqu'en 1896, en se lavant de la sorte, 135 laparotomies, avec une mortalité de 3.7 0/0 et 138 hernies, avec 5 fois une élimination tardive de fils ; encore ce fait n'est plus arrivé depuis que M. Delbet se sert de catgut.

Schwartz

Séance du 5 juin 1900. — PRÉSIDENCE DE M. RICHELOT.

Tuberculose rénale.

M. POUSSON apporte un nouveau cas de tuberculose rénale traitée chirurgicalement; il eut affaire à une forme caverneuse, et la pièce enlevée montre très nettement que la néphrectomie était la seule intervention indiquée ; la malade, qui, à l'examen paraîtrait indemne de toute lésion tuberculeuse autre, est cependant morte de tuberculose pulmonaire.

M. Pousson présente en outre une observation fort intéressante d'hématuries paraissant dues, à l'examen, à un néoplasme de la vessie ; l'intervention montra qu'il s'agissait d'un caillot fibrineux adhérent à la vessie ; il enleva le rein et constata que ce rein présentait tous les caractères de la tuberculose miliaire, au point de vue microscopique ; le microscope montre qu'il s'agissait d'une réfection colibacillaire banale ; le rein opposé était absolument sain.

M. MONOD a pratiqué l'ablation d'un rein chez une jeune fille de 16 ans et dans ce cas les lésions lui ont paru également unilatérales ; le rein présentait également des petits nodules, sur lesquels à l'époque de son opération il n'était pas possible d'être fixé, mais qui lui paraissent analogues à ce qu'a observé M. Pousson.

M. ROUTIER a observé un fait analogue, il y a environ deux ou trois ans.

M. POTHERAT a observé également un fait de lésions rénales unilatérales, consécutives à une cystite blennorrhagique; traitée par la néphrotomie, la malade guérit parfaitement sans fistule.

M. POUSSON a réuni douze faits de néphrite unilatérale, traitée soit par la néphrotomie, soit par la néphrectomie.

M. BAZY pense que le cathétérisme unilatéral est une opération et non un procédé ; il n'est pas applicable, selon l'expression même de M. Albarran, dans tous les cas ; il faut donc là d'autres moyens ; enfin, il est des cas où le cathétérisme n'est point possible, chez les enfants par exemple, dans les cas de vessie intolérante ; il n'est pas toujours prudent de cathétériser le rein sain dans tous les cas de tuberculose rénale ; on peut infecter ce rein, traumatiser l'uretère. Enfin, le cathétérisme n'est pas indispensable, comme le démontrent d'ailleurs les observations mêmes de M. Albarran, et, dans la majorité des cas, M. Bazy se passera du cathétérisme du rein sain, le considérant comme étant le plus souvent inutile.

Asepsie

M. POIRIER ne pense pas que les précautions de M. Quénu soient nécessaires pour les chirurgiens fréquentant les amphithéâtres de dissection, où les sujets sont infectés. M. Poirier a fait faire au moment de sa haute fonction à l'Ecole pratique, des expériences qui ont parfaitement justifié cette opinion. Des expériences plus récentes lui ont démontré que ce qui était vrai pour les microbes vulgaires, l'est aussi pour les anaérobies : les cadavres infectés ne contiennent pas le microorganismes, sauf quand des taches bleuâtres commencent à apparaître. Jamais, depuis que M. Poirier fréquente les amphithéâtres, une piqûre anatomique n'a eu de l'infection. La dissection est pour ainsi dire une bonne préparation à l'acte chirurgical; c'est une macération des mains. Au contraire l'amphithéâtre d'autopsie est excessivement nuisible.

M. PICQUÉ accepte la plupart des conclusions de M. Quénu au point de vue de la stérilisation des mains, et il continuera à suivre la même pratique, malgré les belles expériences de M. Delbet. SCHWARTZ.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — M. Stanislas MEUNIER, professeur de géologie au Muséum d'histoire naturelle, fera une excursion géologique publique, le dimanche 10 juin, à Bourg-la-Reine, Bagneux et le plateau de Chatillon. Il suffit, pour prendre part à l'excursion, de se trouver au rendez-vous : gare du tramway d'Arpajon (rue de Medicis, 13) où l'on prendra, à 11 h. 40, le train pour la Faïencerie. On sera rentré à Paris vers 5 heures.

INSTITUT PASTEUR D'ALGER. — 1.836 malades ont subi des inoculations antirabiques, du 1er novembre 1894 au 31 décembre 1899. 9 morts sont survenus, soit 0,49 0/0 de mortalité.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 26 mai 1900 (suite).

Rapport de M. VILLEPRAND :

De l'action de la Société de Médecine de Paris contre l'alcoolisme dans les milieux extra-hospitaliers.

Messieurs,

Vous avez pensé que la Société de Médecine ne pouvait pas rester indifférente devant le fléau sans cesse croissant de l'alcoolisme. Et, puisque la Société médicale des Hôpitaux s'adonnait spécialement à la protection de sa clientèle hospitalière, il vous semblait qu'un champ libre vous était ouvert : celui de la clientèle aisée, clientèle de la ville, qui nous met en rapport avec toutes les situations sociales, de la plus modeste à la plus élevée. L'autorité que le médecin acquiert dans une famille qui l'apprécie, devient vite considérable à en juger par l'estime affectueuse qu'il reçoit en échange de son dévouement, et par le rôle de conseiller fidèle et sûr qu'il est appelé à jouer quand il a pris rang d'ami dans la maison. C'est cette force incomparable qu'il faut mettre au service de la cause anti-alcoolique. Et c'est, en somme, si nous en sommes bien pénétrés, notre propagande à domicile qui constituera peut-être le plus sûr moyen de lutte contre l'alcool.

Notre terrain est donc différent de celui des médecins des hôpitaux. Car si l'ennemi reste le même, ses victimes sont plus instruites, de culture intellectuelle plus complète, et partant plus aptes à défendre leurs mauvaises aptitudes et à les dissimuler. Il nous faudra les dépister, discuter, plaider la cause de notre client contre lui-même, et souvent emporter un succès thérapeutique au prix d'une victoire d'éloquence.

Avant d'aborder les divers moyens qui sont à la portée du médecin, dans son rayon d'action personnel, il est des mesures générales sur lesquelles la Société de Médecine doit se prononcer. Ce sont celles qui concernent la protection de l'individu par l'Etat.

Nous émettrons donc les vœux suivants : 1° surveillance et réglementation de la production et de la consommation de l'alcool. En premier lieu, suppression du privilège des bouilleurs de cru.

Mais cette question très complexe touche à divers degrés l'Etat, l'agriculture et bien d'autres intéressés. Il ne nous appartient pas et — notre incompétence s'y refuserait tout d'abord — d'apporter la solution de ce grand problème. Nous signalons simplement une des sources du mal. Car si en 1855, à l'origine de ce mal, on buvait 1 litre 1/2 d'eau-de-vie par personne, en 1898 la France a consommé plus de 2 millions d'hectolitres d'alcool à 100° sous la seule forme de liqueurs et apéritifs — soit pour chaque habitant, 4 litres 54 centilitres. Ce chiffre n'est qu'une moyenne sur l'ensemble des individus. Mais on a calculé que le dixième de la population, absorbe à elle seule les trois quarts de la consommation totale. Un dixième des Français boit par an et par tête plus de 100 litres d'eau-de-vie, soit environ 11 petits verres par jour. Si nous ajoutons à ces 4 litres 54 centilitres la part contenue dans les boissons hygiéniques : vin, bière, cidre, poiré, nous obtenons 14 litres 19 centilitres au titre de 100° et par tête. Ce chiffre est encore inférieur à la réalité, car l'alcool introduit en fraude s'élève chaque année à plus de 2 millions d'hectolitres.

Un projet de loi, présenté au Sénat par M. Siegfried, le 27 mars 1899, rétablira, s'il est voté, la nécessité

d'une autorisation pour ouvrir un débit de boisson. Le nombre de ces débits sera limité à un pour 300 habitants. La même loi se propose d'interdire toute installation de débits de boissons à consommer sur place dans les locaux consacrés à un autre commerce. Ce sera la suppression des débits chez le pâtissier, l'épicier, le charbonnier, le crêmier, etc.

Si nous émettons quelques doutes sur le vote d'une pareille loi, par des législateurs restés sourds jusqu'ici à toutes les questions qui touchaient à leurs amis les débitants de boissons, il nous faut tout de même la considérer comme un bon commencement, et l'appuyer de tous nos vœux. — Nous demanderons aussi l'applications de la loi sur l'ivresse publique. En un mot, nous approuverons et provoquerons aussi tous les décrets et toutes les mesures protectrices qui nous paraîtront de mesure à enrayer le mal. Dans cet ordre d'idées, nous sommes heureux d'enregistrer la promesse faite par le Ministre des Travaux publics de supprimer les wagons-bars dans les chemins de fer. Hier encore, le Ministre de la Guerre, suivant l'exemple de plusieurs chefs de corps d'armée, et du général Galiéni à Madagascar, a pris enfin le parti d'interdire dans toutes les casernes la vente des liqueurs alcooliques. Mais pourquoi faut-il que ces mesures soient encore partielles? Ne vous semble-t-il pas qu'ils n'auraient pas perdu leur journée, ces ministres qui auraient inscrit à l'ordre du jour de l'un de leurs conseils, la question de l'alcool, et qui se sépareraient en s'engageant, chacun de son côté à le proscrire partout où ce serait possible? Nous verrions alors bénéficier de cette protection, la marine, les colonies et mille agglomérations placées sous la dépendance directe de l'Etat, comme les écoles professionnelles, les écoles d'agriculture, les colonies agricoles, les haras, les arts-et-métiers et tant d'autres que j'oublie. En 1897, M. Rambaud, Ministre de l'Instrucpublique, par un arrêté du 9 mars, a prescrit l'enseignement anti-alcoolique dans les écoles primaires du Gouvernement. Je ne sais pas si ces instructions ont été appliquées dans les lycées et les autres écoles, en tous cas, je crois que cette organisation gagnerait à recevoir une nouvelle impulsion, autant par la multiplication des ouvrages qui concernent cette question, que par l'exemple. Nous ne verrions pas alors dans un lycée de Paris que je connais, un cercle destiné aux professeurs et aux maîtres répétiteurs, dans lequel ces derniers surtout, dépensent à absorber tous les poisons que l'on trouve dans les cafés, le meilleur de leur traitement. Cette initiative bienfaisante n'exigerait ni de grands efforts ni de longues études. Voici encore un fonctionnaire qui donne l'exemple : le préfet de Meurthe-et-Moselle a adressé tout récemment à ses administrés une circulaire-affiche qui se termine ainsi : « Il est bon que tous ceux qui peuvent exercer une influence morale sur leur concitoyens, réunissent leurs efforts pour lutter contre l'alcoolisme. Ils aideront ainsi à délivrer notre pays du mal qui le ronge. » Ce que le préfet de Meurthe-et-Moselle a fait peut l'être dans tous les départements et dans tous les milieux où l'Etat a quelque action.

Voilà les principaux points sur lesquels nous ne pouvons qu'exprimer des vœux. J'aborde maintenant notre action directe sur le candidat à l'alcool. Il est bon, au préalable, de préciser quelques données.

D'abord, nous ne proscrivons pas le vin, ce breuvage loyal selon l'heureuse expression de notre éminent collègue M. Motet. C'est seulement un usage immodéré de ce liquide (plus d'un litre par jour, par exemple), mais surtout la série de plus en plus nombreuse de ces boissons toxiques, appelées amers, vermouths, absinthes, quinquinas, etc., et toutes les liqueurs et eaux-de-vie. Nous permettons aussi, bien entendu, la bière et le cidre, à la condition que l'on n'en consomme pas beaucoup plus que de vin.

En second lieu, il faut bien savoir, et je m'inspire ici des recherches de M. le Pr Joffroy, que les impuretés de l'alcool ajoutent à sa toxicité, mais que si l'alcool impur est un peu plus toxique que l'alcool pur, ce n'est pas là qu'il faut chercher la vraie cause de l'alcoolisme, mais plutôt dans l'augmentation considérable de sa consommation.

Enfin l'alcool, à un degré plus élévé, a un pouvoir toxique plus grand que l'alcool à un degré plus faible.

Et maintenant, quel est notre moyen d'action ? C'est la persuasion! Il faut que nous apprenions à notre client comment il s'intoxique, et quelles seront les conséquences de son empoisonnement. Nous saurons à ce moment mettre à profit les précieuses recherches dont nour a fait part M. Glénard. Au malade qui viendra soigner chez nous quelque maladie de la nutrition, nous aurons parfois l'occasion de faire constater que l'influence héréditaire à laquelle il se soumet avec résignation est des moins démontrée, et que ses abus alcooliques ont insidieusement fait naître la maladie dont il est atteint. A ceux-là, comme à ceux chez lesquels l'intoxication avérée aura imprimé ses stigmates, nous ferons entrevoir l'avenir qui les attend : la destruction progressive de leurs organes, la tuberculose qui les guette, l'intelligence détruite, et la mort prochaine. Les statistiques abondent où nous pourrons puiser. La Compagnie d'assurances, le Gresham, après 20 ans d'expérience a reconnu que la mortalité des abstinents est de 70 0/0 et celle des non abstinents de 90 0/0. Une autre statistique a trouvé que la mortalité des abstinents est de 25 0/0 moindre que celle des non abstinents.

Pour la morbidité le Dr Moeller a comparé les opérations pendant cinq ans de deux sociétés anglaises de secours mutuels, l'une n'admettant que les abstinents, l'autre comprenant des non abstinents, à l'exception toutefois des alcoolisés. Les abstinents ne donnaient que 17 jours 12 heures de maladie, les non abstinents donnaient 65 jours 12 heures.

Nous préviendrons aussi nos clients du sort réservé à leur progéniture et de toute la série des idiots, des dégénérés ou des épileptiques auxquels ils peuvent donner le jour. Il en est peu qui ne sachent déjà combien les crimes, les suicides et la folie se sont multipliés parallèlement avec la consommation de l'alcool.

Enfin, puisque les forces vives du pays sont atteintes par ce fléau, il ne sera pas inutile de faire remarquer quelle influence épouvantable l'alcool exerce sur la repopulation et sur l'abaissement physique et intellectuel de l'espèce. Les chefs de famille, les chefs d'industrie, et tous ceux qui ont charge d'âme, devront connaître leur responsabilité tout entière.

Parmi les mesures de préservation que nous recherchons, une dépend absolument de nous. Je veux parler de l'usage de l'alcool en thérapeutique. Cet usage, et nous pouvons dire, cet abus a été signalé dans les hôpitaux par M. Jacquet Il existe peut-être encore davantage en ville. Comment résister aux sollicitations de nos clients qui réclament des *fortifiants* et pour lesquels, hors les vins de quinquina, kola, coca, ou au-

tres, il n'y a pas de salut. N'avons-nous pas vu récemment une tentative pour incorporer toute une série de médicaments dans le champagne en commençant par le champagne purgatif. Si nous savons proscrire de nos ordonnances tout alcool inutile, les élixirs, les vins soi-disant toniques, antidiabétiques, antiscorbutiques et autres, neus serons mieux autorisés à les mettre en garde contre ces breuvages louches, sortant de laboratoires inavoués, qui proclament sur leurs étiquettes toutes les vertus thérapeutiques et ne font en réalité de bien qu'à l'industriel qui les fabrique.

La récente poussée de la jeunesse vers les sports et l'invention de la bicyclette, sont venues fort à propos servir la cause de la lutte anti-alcoolique. C'est d'abord en créant un dérivatif à l'oisiveté qui noie souvent son ennui dans l'alcool. Puis en démontrant par une excellente leçon pratique que, loin de donner des forces, l'alcool donne seulement une excitation passagère, et que bientôt « il coupe les jambes ».

Notre devoir est donc, ne fut-ce qu'à ce seul point de vue, de diriger nos clients, et surtout les jeunes gens, vers les exercices du corps. L'alcoolisme des nourrissons doit éveiller notre attention. Une thèse récente du Dr Duhamel a mis en lumière les dangers que peuvent courir les enfants si notre vigilance n'est pas portée de ce côté. Il est d'observation journalière que les nourrices sont souvent poussées à boire du vin généreux par des parents désireux de voir prospérer leurs enfants. Quand l'habitude est prise, c'est en cachette et malgré la défense qui leur en est faite qu'elles s'offrent leur ration quotidienne. De toutes les façons, les nourrissons en subissent les mauvais effets et bien souvent une surveillance sévère de la nourrice apportera l'explication de convulsions mystérieuses, de malaises inexpliqués, et d'un mauvais développement.

J'arrive enfin à un dernier moyen qui est à notre portée, et qui a donné des résultats remarquables dans d'autres pays. C'est l'action des sociétés d'abstinence et d'éducation de l'enfance. Vous allez voir par quelques chiffres les résultats obtenus. Il existe en Amérique, en Angleterre et dans le Limbourg belge, des sociétés enfantines d'abstinence où jeunes garçons et fillettes sont admis dès l'âge de 7 ans. Ils y sont édifiés sur les avantages de l'abstinence totale et contractent ainsi, parait-il, de solides habitudes de tempérance. Ces sociétés enfantines ou ligues de l'Espoir sont en Grande-Bretagne au nombre de 18.600 et comptent environ 2.617.000 membres. La plus vaste agglomération d'abstinents est représentée par l'association ou ordre international des Bons Templiers. Elle compte plus de 600.000 membres répartis surtout dans les pays anglo-saxons et scandinaves. Dans les pays scandinaves le nombre des abstinents atteint près de 500.000. Ils gagnent également du terrain en Finlande, en Russie dans les provinces de la Baltique, dans le Sleswig, en Suisse. Comme complément de ces ligues, il faut nécessairement compter la création des restaurants, cafés et cercles, dans lesquelles toutes les boissons alcooliques sont interdites. Il existe en Angleterre et en Irlande 7.000 établissements de ce genre. Ils sont très nombreux aussi aux Etats-Unis et en Suisse. Certains d'entre eux distribueraient à leurs actionnaires 8 et 10 0/0 de dividende. En Norvège, il existe un café pour abstinents dans chaque village.

A Liverpool, un club de ce genre comportant des salles de lecture, des salles de réunions, jardins, bureau d'assurances sur la vie, réunit 1.200 ouvriers — son budget est de 200.000 francs.

A Londres, le People Palace comprend une salle de concert pour 3.000 personnes, des salles de lecture, un jardin d'hiver, salles de jeux, de conférences, etc.

Aux Etats-Unis, les abstinents sont au nombre de 10 millions. En Grande-Bretagne, ils atteignent le chiffre de 5 millions.

Et en France ?

Il existe trois sociétés de tempérance : 1° La Société contre l'abus des boissons alcooliques, fondée en 1872. 2° La Société française de tempérance de la Croix-Bleue, dont le président d'honneur était M. Léon Say. Elle comprend 1.364 sociétaires dont 388 buveurs guéris. 3° L'Association de la jeunesse française tempérante, fondée en 1896, dont les présidents d'honneur sont MM. Gréard et Joffroy, et le secrétaire général, notre collègue Roubinouvitch, qui déploie pour la cause anti-alcoolique une activité et un dévouement dignes de tous les éloges. J'espère qu'il voudra bien tout à l'heure, nous mettre au courant des efforts de cette ligue, et des résultats qu'elle a obtenus.

Il existe aussi des établissements de consommation pour abstinents. Hélas ! bien peu. Huit seulement. A Paris qui renferme 27.000 débits de boissons, il n'y a qu'un seul restaurant de tempérance, rue Letellier, à Grenelle.

Voilà, messieurs, des éléments de réflexions. Pour conclure, je vous demande la permission de reproduire ici l'éloquent appel du Pr Debove aux élèves de son cours ; il résume très judicieusement nos espérances : « Est-ce à dire que notre pays entraîné sur cette pente fatale soit irrémédiablement perdu ? Mon patriotisme se refuse à faire même une pareille supposition. Mais, d'où viendra le salut ? De vous, peut-être ! Vous serez médecins, vous vous répandrez par toute la France, vous agirez sur la santé publique par vos prescriptions et vos conseils. Si vous êtes bien convaincus du danger que je me suis efforcé de vous montrer, si vous prêchez la sobriété par vos paroles et par vos actes, vous pouvez contribuer à changer l'opinion publique, et à sauver ce pays auquel l'alcoolisme fait courir le plus grand danger qu'il ait jamais couru. »

Conclusions. — La Société de médecine de Paris estime que la lutte contre l'alcoolisme pourra être efficacement engagée par l'exécution des vœux suivants :

1° Vote d'une loi surveillant la production et la consommation de l'alcool ; 2° Suppression du privilège des bouilleurs de cru et application rigoureuse de la loi sur l'ivresse publique ; 3° Vote de la loi Siegfried ; 4° Mesures administratives supprimant la consommation de l'alcool dans toutes les agglomérations dans lesquelles l'Etat a le pouvoir de le faire (marine, colonies, etc.) ; 5° Organisation officielle de l'enseignement anti-alcoolique dans tous les établissements d'instruction.

Individuellement, chacun des membres de la société s'efforcera de combattre l'alcoolisme dans sa clientèle, en l'instruisant sur la façon dont elle s'empoisonne, et sur les conséquences de cette intoxication. En évitant de s'adresser à l'alcool dans ses prescriptions. En dirigeant la jeunesse vers les sports, et l'enfance et la jeunesse vers les sociétés de tempérance.

M. Buret donne quelques renseignements complémentaires à propos du rapport de M. Villeprand.

Dans son excellent rapport sur le rôle de la Société de Médecine de Paris dans la lutte contre l'alcoolisme, le Dr Villeprand fait allusion à l'œuvre de l'*Association*

de la Jeunesse française tempérante fondée par notre collègue le Dr Roubinovitch, en 1896.

Voici quelques renseignements précis sur cette intéressante institution, que M. Roubinovitch nous a fait parvenir.

Complètement autonome, indépendante, cette Association a recruté ses membres parmi les enfants du peuple qui fréquentent les écoles communales et les écoles primaires supérieures.

Le nombre d'adhérents a suivi une progression croissante :

En 1896	150 membres	
— 1897	250	—
— 1898	400	—
— 1899	1000	—
— 1900	2000	—

C'est par son organe mensuel, *La Jeunesse*, par des conférences anti-alcooliques accompagnées de projections, par des réunions récréatives et saines de toute sorte que l'Association accomplit son œuvre de propagande.

Les 2.000 membres qui la composent se répartissent actuellement en quatorze sections qui sont :

Sections de l'école normale de la Seine; de l'école Turgot; de l'école J.-B. Say; de l'école Colbert; de l'école Arago; de l'école Lavoisier; de l'école Nationale professionelle d'Armentières (Nord); des écoles communales r. Richomme, r. de Maistre, r. Foyatier, faubourg St-Honoré, r. Boileau, place des Vosges, d'Albepierre (Cantal).

La section de l'école Normale d'instituteurs de la Seine présente une importance toute spéciale. La création de la *Jeunesse française tempérante* devançant l'extension donnée à l'enseignement anti-alcoolique dans notre pays, a rendu plus efficace l'action des professeurs de cette école Normale en fournissant l'appoint des conférences faites chaque année à l'école par le Dr Roubinovitch, et surtout en ramenant sans cesse, par son bulletin mensuel, l'attention des jeunes gens sur ces importantes questions. Aussi peut-on affirmer que dès maintenant les jeunes instituteurs, sortis de l'école Normale d'Auteuil, sont en état de donner aux enfants du peuple des notions exactes et substantielles en ce qui concerne l'usage et l'abus de l'alcool sous toutes ses formes.

A l'Exposition Universelle de 1900 où l'*Association de la Jeunesse française tempérante* occupe une place très honorable parmi les œuvres d'enseignement intellectuel et moral (Palais d'Economie Sociale, pont d'Alma, groupe XVI, cl. 108), on trouvera, outre le panneau artistique peint par deux membres dirigeants de l'Association, Mlle Le Clerc et M. Bocquillon, les travaux d'élèves-maitres, inspirés par l'enseignement anti-alcoolique qu'on leur a donné à l'école Normale.

L'œuvre de la *Jeunesse française tempérante*, essentiellement parisienne, se recommande aux membres de la Société de Médecine, dont le concours, sous toutes les formes, lui sera toujours précieux. Pour les renseignements, s'adresser au Secrétariat général de l'œuvre ; Paris, 115 faubourg Poissonnière.

MÉDAILLE DE BRONZE. — Une Médaille de bronze est accordée par le Ministre de l'Intérieur (médaille des épidémies) à Mme Tuffin (Marie-Jeanne), sous-surveillante de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris, attachée à l'hopital maritime de Berck-sur-Mer.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Rédacteur spécial : M. le Dr Paul CORNET.

XVII. — Un nouvel aliment, l'Eulactol (1); par le Dr FRIESER (de Vienne). (*Klinis-therap. Woch.*, 1900, n° 6, p. 169.)

XVII. — Un véritable aliment diététique doit apporter à l'organisme le plus d'éléments nutritifs, tout en étant facilement digestible et complètement résorbable ; il doit en outre, posséder un grand pouvoir d'utilisation, ne nuire aucunement aux organes digestifs, être d'un goût agréable, sans produire à la longue, aucune répugnance chez les malades ; enfin une telle préparation doit être sous forme liquide et soluble, c'est-à-dire la plus convenable : l'*Eulactol* remplit tous ces postulats. C'est une poudre fine, blanche, stable, complètement soluble et d'un goût agréable, avec assez d'albumine, 14,28 0/0 de graisse et 46,35 0/0 d'hydrates de carbone, sous forme de sucre de lait. La matière grasse, finement et également répartie, se laisse à peine remarquer. L'albumine qui figure à l'état natif, provient du lait et des œufs, soit des deux substances mères de la préparation. En outre, il entre dans l'Eulactol, sous forme de légumine, de l'albumine végétale et 4,5 0/0 de sels minéraux (chlorure de sodium, carbonate de soude, acide phosphorique, chaux, magnésie et oxyde de fer).

C'est ce produit qu'a employé avec succès le Dr Frieser, dans nombreux cas de troubles nutritifs où l'alimentation normale n'eut aucune valeur. Catarrhes chroniques, gastro-intestinaux, troubles hystériques et neurasthéniques, tuberculose, scrophulose, rachitisme, anémie, chlorose, fièvres de longue durée, avec menace de consomption pour l'organisme, convalescences après longues et graves maladies, développement défectueux ou insuffisant chez l'enfant; dans tous ces cas, l'auteur obtint avec l'Eulactol des résultats favorables. Ce fut à la dose maximum de 70 grammes par jour, par cuillerées à café ou à bouche, dans du café, du chocolat ou du cacao.

XVIII. — Zur Anwendung des Tannigen ; par le Dr Karl MANASSE (d'Affaltrach). (*Therap. Monatsch.*, janvier 1900.)

XVIII. — L'auteur a traité par le tannigène, 18 malades, dont 8 adultes et 10 enfants. De ceux-ci, 4 étaient des nouveau-nés nourris au biberon, et 6 âgés de 15 mois à 4 ans. 7 d'entre eux souffraient déjà depuis deux ou trois jours d'un catarrhe intestinal aigu, 2 avaient de la diarrhée depuis 14 jours et 1 rendait des selles liquides depuis quatre semaines.

Aux plus jeunes, le confrère donna 0 gr. 15 centig. de tannigène trois ou quatre fois, et aux plus âgés, 25 à 30 centig. quatre fois par jour, dans un véhicule mucilagineux. Chez les adultes, dont sept avec catarrhe aigu de l'intestin, des doses de 50 centig. quatre fois par jour (2), produisirent dès le deuxième jour d'heureux effets. L'auteur conclut de ses expériences que le *Tannigène* est un astringent excellent, d'emploi facile, sans odeur ni saveur, ni dommages accessoires, et particulièrement recommandable dans les *catarrhes aigus* de l'*intestin*, surtout dans la *diarrhée* dite *estivale*.

XIX. — Ueber Klystiere und Suppositorien von Heidelbeerextract zur Behandlung von colitischen Processen (3); par le Dr H. STRAUSS, Privatdocent. (*Therap. Monatsh.*, mars 1900.)

XIX. — L'emploi de l'airelle dans les états diarrhéiques est connu depuis fort longtemps, puisque Hippocrate et Galien désignent cette plante comme desséchante, astringente, constipante (4). De nos jours, les propriétés de l'airelle ont attiré une légitime attention, sans toutefois qu'elles aient été utilisées, dans le traitement de la diarrhée, autrement qu'en ad-

(1) *Einiges uber Ernahrung und den Wert diatetischer Nahrmittel mit besonderer Beruchsichtigung eines neuen Nahrpraparates, des « Eulactol ».*

(2) Voire meme sous forme de suppositoires, dans des cas de répugnance particulière pour les medicaments.

(3) Lavements et suppositoires à l'extrait de baies d'airelle myrtille dans le traitement des processus colitiques.

(4) *Exsiccat, adstringit, constipat.*

ministrant par la bouche. Le Dr H. Strauss avait déjà précédemment signalé (*Encyclopédie* de Liebreich, chap. Clysmen) les bons effets de la décoction de myrtille (formule de Winternitz) dans les colites chroniques, ainsi que ceux des lavements de bismuth. Depuis plusieurs années, l'auteur a recours à une solution d'*extrait d'airelle.* Cet extrait (1) contient :

Substance sèche	23 gr., 991 0/0
Tannin (et matière colorante) .	1 gr., 402 —
Acide (calculé en ac. citrique) .	1 gr., 256 —
Sucre	3 gr., 792 —

et a la consistance du miel épais. Pour l'usage de clystères, on dissout une cuillerée à bouche d'extrait dans un quart de litre d'eau bien chaude, à laquelle on ajoute, avant qu'elle ne soit refroidie, deux bonnes pincées de bicarbonate de soude, pour neutraliser l'acide.

Dans ces conditions de température du liquide, l'acide carbonique devenu libre, disparaît, et ne peut gonfler l'intestin. On donne un lavement ainsi préparé et tiède, deux fois par jour et à conserver. A ce dernier point de vue, la tolérance a variée, dans 50 applications, de 5 minutes à 2 h. 3/4, soit, pour la plupart du temps, de 10 à 12 minutes, et toute une heure et plus, chez quelques malades. Dans des cas divers (colites subaiguës et chroniques, sigmoïdite, colique et colite muqueuse) = résultats heureux, au moins égaux à ceux obtenus par les lavements au bismuth, au nitrate d'argent, à l'acétate d'alumine, quoique encore inférieurs aux lavements amidoopiacés. Rien n'a été changé dans la diète alimentaire, sauf restriction des matières cellulosiques.

Les suppositoires ont une action moins intensive que les lavements en raison d'un champ d'application plus restreint. On en prescrit deux par jour, sous la formule suivante (2) :

XX. — Ueber die indicationen der Wasserbeschrankung bei Entfettungscuren (3) ; par Carl v. Noorden (de Frankfort). (*Die Thérapie der Gegenwart*, avril 1900.)

XX. — Il est rare qu'une méthode thérapeutique nouvelle ait pris si rapidement racines si profondes parmi les médecins et les profanes que la diminution des liquides dans la cure de dégraissement. Elle est devenue comme un dogme, depuis qu'Œrtel l'a recommandée et Schweninger popularisée; et sous cette influence suggestive on a complètement oublié que les obèses, à moins d'indications particulières, doivent boire de l'eau à volonté, non seulement en temps ordinaire, mais même aux périodes des cures. Il n'y a guère que les éleveurs qui aient depuis longtemps constaté que l'engraissement des animaux (mammifères et oiseaux) se fait mieux en faible plutôt qu'en grande ingestion de liquide.

S'il est exact que le corps perde en poids, du fait de la restriction des boissons, il faut savoir distinguer; car la diminution de poids n'a de valeur, qu'autant qu'elle a pour conséquence directe ou indirecte la disparition de la graisse. La question qui se pose est de savoir si cette disparition de graisse est la suite immédiate de l'appauvrissement du corps en eau ; en d'autres termes, si la combustion de la graisse est facilitée par une imprégnation de l'organisme, pauvre ou copieuse en eau. En fait, la restriction des liquides a lieu sous deux formes :

1° Réduction de la boisson totale quotidienne à 1 litre 1/4, 1 litre, et moins (système Oertel) ;

2° Séparation temporaire des aliments solides et des liquides, pour dépasser rarement 1 litre 1/2 (système Schweninger).

Chez les obèses, la diminution des liquides a des effets déterminés, d'où résultent des indications précises. L'action première est une perte de poids, laquelle ne repose que sur les pertes en eau que subissent le sang et les tissus. Cette action peut-être utilisée : *a*) pour améliorer la circulation en cas de faiblesse du corps, d'affection du muscle cardiaque, d'artériosclérose, d'atrophie rénale ; *b*) comme moyen suggestif puissant, chez certains malades ; *c*) contre l'hydrorrhée et chez les enclins à une production de sueur exagérée. Quant à l'influence de la restriction des liquides sur la graisse, elle ne peut être qu'indirecte sous conditions particulières, savoir : *a*) si la diminution des liquides améliore certains troubles circulatoires et permette de ce fait un travail musculaire plus actif et favorable à la combustion des graisses; *b*) si la diminution des liquides est une entrave pour une autre nourriture formatrice de graisse. Enfin, s'il n'y a pas d'indications particulières, il n'y a pas lieu de restreindre les boissons chez les obèses, puisqu'on atteint aussi bien le but sans cette prescription et qu'alors, dans ce cas, on inflige aux malades un supplice inutile.

(1) Préparé par M. J. Fromm, de Frankfort a. M.
(2) de M. von der Heydt, pharmacien en chef de la Charité.
(3) Des indications de la restriction d'eau dans les cures de dégraissement.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de médecine et de thérapeutique; par P. Brouardel, membre de l'Institut, doyen de la Faculté de médecine de Paris, et A. Gilbert, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux. — Tome VII. *Maladies des voies respiratoires* (nez, larynx, trachée, bronches et poumons). 1 vol. gr. in-8 de 931 pages, avec figures. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille).

Le septième volume du traité de médecine et de thérapeutique qui vient de paraître est consacré aux maladies de l'appareil respiratoire, il serait banal de dire que ce volume est à la hauteur de ses devanciers.

M. Cartaz expose, tout d'abord, en 100 pages, les *maladies du nez*, insistant sur la séméiologie physique (rhinoscopie antérieure et postérieure) sur la séméiologie fonctionnelle, puis abordant la pathologie générale du nez (obstruction, troubles sécrétoires, circulatoires, épistaxis, troubles sensoriels et sensitifs, réflexes d'origine nasale). La pathologie spéciale fait un dernier chapitre avec l'examen des diverses rhinites de la tuberculose et de la syphilis nasale.

MM. A. Castex et H. Barbier ont traité les *maladies du larynx* en 100 pages, divisant toujours leur étude en séméiologie et pathologie spéciale. Toutes les données utiles au praticien y sont méthodiquement réunies et clairement exposées.

Les *maladies de la trachée, des bronches, des poumons et des plèvres* font la partie principale du volume (700 pages environ).

M. Barth expose la séméiologie, M. Claisse étudie les bronchites, M. Mosny, qui s'est déjà fait une spécialité des *broncho-pneumonies* qui furent le sujet de sa thèse, a écrit dans le traité le chapitre qui la concerne avec les articles *abcès* et *gangrène* du poumon. Le Pr Landouzy a rédigé la pneumonie ou pneumococcie pulmonaire. MM. Triboulet et Claisse ont traité des *scléroses du poumon et des pneumococcies*. La *tuberculose pulmonaire* est l'objet d'une très importante monographie du Pr Grancher et de M. H. Barbier. Après l'historique, l'anatomie pathologique, l'étiologie, ces auteurs ont tout d'abord étudié la forme vulgaire, la phtisie chronique faisant une large place au traitement. Puis ils continuent par l'examen des formes fermées, ouvertes, etc. Ils passent successivement en revue les tuberculoses aiguës (phtisies caséeuses, pneumonies et broncho-pneumonies caséeuses, granulie, typhobacillose, etc.) ils déterminent enfin par un chapitre aussi intéressant que moderne sur les pseudo-tuberculoses.

A M. Balzer a été réservé l'article de la *syphilis trachéo-broncho-pulmonaire* qui présente de si réelles difficultés au point de vue du diagnostic.

M. Méry a rédigé les pages relatives aux kystes hydatiques, aux congestions pulmonaires, à l'œdème du poumon, à la splénopneumonie, aux embolies et à l'apoplexie pulmonaires, tandis que M. P. Le Noir termine le volume par les chapitres ayant trait à l'emphysème, l'atélectasie et l'asthme.

Il est matériellement impossible de donner une analyse d'un traité de ce genre, les noms de ceux qui ont collaboré à cet important travail qui sont, pour la plupart, les plus distingués des jeunes médecins des hôpitaux, sont le sûr garant de la valeur de l'ouvrage.

Nous insisterons sur la place donnée à la thérapeutique qui est si ordinairement négligée dans les traités de ce genre

et le souci du traitement ne sera pas la moindre cause de succès du *Traité de médecine et de thérapeutique* auprès des médecins praticiens. J. N.

Action de la bactéridie charbonneuse sur les hydrates de carbone ; par Mlle L. Napias. Th. de doct. en pharmacie. (1900.)

Les études bactériologiques ont non seulement rénové les sciences médicales, elles ont aussi régénéré l'industrie si importante des fermentations; elles ouvrent enfin des horizons nouveaux à l'agriculture, grâce à la découverte des ferments nitreux et nitriques. C'est que l'on ne se borne plus à considérer le microbe comme un infiniment petit, vulgaire parasite; grâce à la chimie biologique, on étudie le mécanisme de sa vie, la façon dont il s'alimente, ses produits de sécrétion. C'est dire tout l'intérêt que comporte le consciencieux travail de Mlle Napias. Elle nous montre la bactérie charbonneuse agissant sur l'amidon, le transformant en sucre qu'elle s'assimile rapidement, pour donner naissance à des produits résiduels de second ordre, l'acide lactique et l'acide acétique. Mais une fois le sucre consommé, la bactéridie, faute de mieux, attaque les résidus acides déjà nommés, les brûle, de sorte que tout le carbone de l'amidon se trouve ramené à l'état carbonique.

Les sucres se comportent comme les amidons; ils sont détruits, avec formation d'acides lactique et acétique, qui ne tarderont pas à être attaqués à leur tour et détruits enfin de compte.

La bactéridie agit sur ces aliments hydrocarbonés grâce à une diastase qu'elle sécrète abondamment, et qu'il est facile d'isoler. Cette diastase, mise en présence d'amidon, le transforme rapidement en sucre, sans le secours d'aucun élément figuré. Les espèces atténuées de bactéridies charbonneuses, la bactéridie asporogène en particulier, sécrètent une quantité de diastase plus considérable que ne le font les espèces virulentes. Ce qui prouve que le pouvoir virulent d'un microbe n'est pas proportionné à son pouvoir fermentatif. R.

Maladies de l'estomac; par H. Frenkel, avec préface de M. le Pr Teissier. (Paris, J.-B. Baillière et fils, 1900.)

Le livre du Dr Henri Frenkel, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Toulouse, est un résumé didactique et complet de *séméiologie générale* et *spéciale* pour les maladies de l'estomac. Il est bien aussi question de *thérapeutique* médicale, et même chirurgicale, mais apparemment comme annexe à la partie principale (150 pages sur les 550 du volume). Il s'agit en tout cas d'un travail consciencieux, riche en littérature médicale, et précieux pour l'étudiant ou pour le médecin qui veut s'adonner spécialement à l'étude des affections digestives, et faire son apprentissage. Il est même à regretter que le remarquable labeur de M. Frenkel n'ait pu comprendre les *maladies* de l'*intestin*, malgré la solidarité si étroite, de nature physiologique, pathologique, clinique et séméiotique, qui semble inviter à maintenir en un bloc unique, l'étude des *affections digestives*.

Pour ce qui est de l'ouvrage en question, la première partie et *séméiologie des maladies de l'estomac*, comprend sept chapitres : interrogatoire du malade ; examen objectif du malade; méthodes d'examens basées sur l'emploi d'appareils physiques, sur l'analyse chimique du contenu stomacal ; motilité de l'estomac; symptômes du côté des autres organes : appareils circulatoire, respiratoire, nerveux, cutané, urinaire. Tout cela est méthodiquement présenté, avec maints et loyaux renvois bibliographiques. A peine y a-t-il lieu à de rares critiques de détails; c'est ainsi que le sous-chapitre (1) « les *vomissements dans les empoisonnements* », quoique intéressant et utile, aurait peut-être trouvé mieux sa place dans un traité de toxicologie ou de médecine légale; c'est ainsi que certains auteurs, fussent-ils allemands, (et M. Frenkel parait fort bien connaitre, très à propos ici, les travaux d'Allemagne) ne méritent pas toujours l'honneur de la citation. Quelle est, par exemple, la valeur réelle de cette définition de la faim par R. Ewald : « *La faim est un appel au cerveau de la part de la nutrition appauvrie.* » (page 24)? Par contre, tout ce qui a trait au *chimisme* de l'estomac, à la *gastrodiaphanie* (1), à la *radioscopie*, est clairement exposé, au crible d'opinions très diverses, et après lesquelles, l'auteur a souvent l'habileté très sage d'ailleurs, de ne pas conclure.

La deuxième partie fournit des indications générales sur le *traitement des maladies de l'estomac*, en commençant par le *régime alimentaire* (préparation, nature, division mécanique, température, consistance des aliments), pour donner ensuite des prescriptions générales concernant les repas, et en s'inspirant beaucoup des idées de Bouveret. La valeur calorique des aliments ne pouvait manquer d'être exprimée dans un ouvrage moderne, cela d'une façon intéressante pour le médecin, mais d'utilité pratique bien relative, quand il s'agit d'alimenter les malades. Notre opinion est d'ailleurs celle de A. Ewald (2). Dans le chap. II, il est question des *agents physiques* : lavages d'estomac (3), eaux minérales, balnéo et hydrothérapie, lavements d'eau chaude de Tripier (p. 488), massage, gymnastique, orthopédie, électrothérapie. Enfin une modeste et suffisante place (chap. III) est réservée au *traitement médicamenteux*, puis au *traitement chirurgical* (quatrième et dernier chapitre).

Nos conclusions sont que nous sommes en présence d'un travail d'érudition fort compacte, avec parfaite mise au point. Le livre de M. Frenkel est comme une petite encyclopédie spéciale, qui dispense de longues et fastidieuses recherches.

Paul Cornet.

(1) Page 55.

(1) A propos de laquelle l'auteur a bien voulu rappeler nos recherches personnelles (p. 153).

(2) In *Leyden's Handbuch des Ernährungstherapie*, 1898, IIe vol. 1re partie.

(3) L'auteur conseille les lavages d'estomac, dans certains cas de cancer. Nous avons des exemples de cas, apparemment bénins et propices, où les lavages ont accéléré le processus néoplasique.

CONGRÈS INTERNATIONAUX

Congrès international de l'Assistance publique et de la Bienfaisance privée.

Un Congrès d'Assistance publique et de Bienfaisance privée s'ouvrira le dimanche 29 juillet au dimanche 5 août. Il sera présidé par M. Casimir-Perier, ancien président de la République. Et déjà ceci en souligne l'importance. Il comprend déjà 1.400 membres et ce nombre augmente tous les jours. Le Congrès est divisé en quatre sections : 1° Enfance ; 2° Malades, infirmes, vieillards ; 3° Indigents valides. Questions générales ; 4° Œuvres d'assistance par le travail.

Les congressistes auront le droit d'y traiter toutes les questions rentrant dans le cadre de la section correspondante. Mais en assemblée générale, il ne sera mis en discussion que les quatre questions suivantes :

Première question : Du fonctionnement et de l'efficacité des secours à domicile ; entente établie ou à établir à cet égard entre l'Assistance publique et la Bienfaisance privée.

Deuxième question : Du traitement et de l'éducation des enfants recueillis par l'Assistance publique ou par la Bienfaisance privée et auxquels ne convient pas pour une cause morale, le placement familial (écoles de réforme, de préservation, etc.)

Troisième question : Du caractère des œuvres d'assistance par le travail ; ne sont-elles, par essence, des œuvres de bienfaisance privée.

Quatrième question : De l'assistance aux tuberculeux privés de ressources (mesures d'assistance à appliquer quel que soit d'ailleurs le traitement médical).

Sur plusieurs des questions de ce programme, la science médicale peut utilement intervenir, mais la dernière l'intéresse directement. Sans doute, il ne s'agit pas d'y traiter la question de la tuberculose au point de vue médical, mais simplement d'indiquer les mesures d'assistance les plus efficaces pour amener la guérison des tuberculeux indigents, prévenir l'invasion de la maladie chez les indemnes et en empêcher la propagation. Toutes ces mesures se lient évidemment avec les conclusions que la science médicale a déduites de l'observation

des faits. L'intérêt de cette discussion est d'une actualité directe au moment où s'agite dans tous les pays la question du traitement de la tuberculose et où le Congrès de Naples, après les débats les plus salutaires, a voté la création d'une ligue internationale de toutes les associations antituberculeuses de la France, de l'Allemagne et de l'Italie. Les mesures spéciales d'assistance qui doivent en découler exigent donc que les médecins fassent entendre leur voix à ce sujet. D'autres matières rentrant dans le cadre du Congrès, ce n'est pas seulement comme membres du corps social, comme philanthrope que les médecins doivent désirer participer aux discussions dont elles sont l'objet, mais encore dans l'intérêt de la science que les questions relatives à l'alimentation de la première enfance, abandonnée ou secourue aux établissements, à apporter aux malades indigents, aux aveugles, aux sourds-muets, aux infirmes curables ou non, ne peuvent laisser indifférents. La deuxième section a déjà reçu des rapports sur les questions suivantes : 1° L'assistance aux sourds-muets aux différents âges (une séance sera réservée exclusivement à la discussion); 2° Hôpitaux d'observation et de traitement pour les aliénés.

Avant de donner le programme général de l'ordre des travaux et des réceptions projetées dont plusieurs seront fort brillantes, nous voulons appeler l'attention sur le titre du Congrès. Jusqu'ici, les congrès d'assistance semblaient plus préoccupés de l'Assistance publique que de la Bienfaisance privée. Cette fois, le Comité d'organisation a voulu davantage ; il a tenu à marquer que sur le terrain de la bienfaisance, il convenait de faire appel à tous ceux qui, à l'étranger aussi bien qu'en France, soit comme fonctionnaires publics, soit comme citoyens, se sont fait une spécialité des études ou de la pratique des questions hospitalières et charitables.

D'ailleurs les deux modes d'assistance, ou pratique ou privée, ont chacune sa valeur propre et si les moyens mis en œuvre diffèrent, le but est le même. Il est désirable que ces deux systèmes prennent leur complet développement dans l'intérêt des pauvres. Mais il est non moins utile que leurs efforts trop dispersés actuellement et qui opèrent parfois en sens contraire et en tous cas sans coordination, puissent s'unir tout en conservant leur indépendance, leur liberté d'action et de moyens pour produire leur maximum d'efficacité. En un mot, il faut chercher une organisation méthodique et rationnelle de la Bienfaisance. Et c'est précisément une des questions à l'ordre du jour de l'Assemblée générale. Nous ferons d'ailleurs remarquer que cet accord sur les questions de Bienfaisance entre personnes de toutes opinions philosophiques et religieuses, accord dont témoigne la composition de l'état-major du Congrès, est rafraîchissant à l'âme et repose des luttes qui attristent les esprits modérés qui estiment que la Patrie ne peut que souffrir de la désunion jetée entre les citoyens relevant de la conscience intime, et du réveil de passions qui semblaient éteintes depuis longtemps devant le progrès des idées et de la civilisation.

Nous faisons donc appel pour leur adhésion à ce congrès à tous les esprits qui estiment qu'à notre époque, le devoir de tout citoyen est de mettre au premier rang de ses préoccupations, les idées de charité, de fraternité et de solidarité qui peuvent amener une amélioration des conditions de la vie des déshérités et des meurtris de notre organisation sociale.

Nous terminerons par le programme général du Congrès en rappelant que les adhésions doivent être adressées au Secrétariat général du Congrès, 7, rue Cambacérès. La cotisation de 20 francs peut être envoyée par un mandat-poste.

Programme général.

Dimanche 29 juillet, à 3 heures 1/2, séance d'ouverture au grand amphithéâtre de la Sorbonne ; à 5 heures, thé dans la salle du Conseil académique et réception par le Bureau. Le soir, réception du président du Congrès.

Les lundi, mardi, mercredi, jeudi et samedi matin, séances des sections ; les après-midi, séances générales.

Vendredi, visites par groupes à diverses œuvres et à l'exposition d'Assistance (entre autres visites à l'œuvre des tuberculeux d'Ormesson, école d'horticulture de Villepreux, sourds-muets, hospice des enfants assistés, asile, ouvroir Béquet, de Vienne (femmes enceintes), Hôtel-Dieu, la Salpêtrière, etc.)

Samedi, banquet offert aux congressistes à l'Orangerie des Tuileries.

Dimanche, à l'hôpital Boucicaut, visite aux jeunes aveugles en classe en musique organisée par les aveugles ; après-midi, visite à l'asile national du Vésinet et collation ; soirée, fête de nuit et grandes eaux offertes par la ville de Versailles.

Des réceptions diverses, entre autres à l'Hôtel-de-Ville de Paris, seront organisées en l'honneur des congressistes.

Congrès international de Médecine.

En réponse à des demandes nombreuses qui lui ont été adressées, le comité exécutif du XIII[e] Congrès international de Médecine a décidé que les dentistes non docteurs en médecine, mais pourvus d'un *diplôme d'Etat* français ou étranger, pourront se faire inscrire comme membre du Congrès dans la section de stomatologie. Envoyer les adhésions aux bureaux du Congrès, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

Un nouvel hypnotique : le Dormiol.

La fabrique de produits chimiques Kalle et Cie, de Biebrich, présente un nouveau médicament dont on dit beaucoup de bien (1).

Le *Dormiol* est un liquide incolore, oléagineux, à odeur de camphre et saveur fraîche, formé d'une molécule de *chloral* unie à une molécule d'*hydrate d'amylène* (pimétyle, æthyle, carbinol, chloral). On l'administre pur ou en capsules gélatineuses (2), ou en solution aqueuse à 10 0/0 (3), et aux doses de 0,50, 1, 2 grammes. Succès remarquable dens des expériences menées méthodiquement et à l'abri de toutes causes d'erreur. Cas très variés d'*insomnie* : neuroses fonctionnelles, maladie de Basedow, tabes dorsalis, phtisie, entérite, rhumatisme, grippe, scarlatine, néphrite chronique, paralysie agitante, etc. Pas d'*effets fâcheux*, sauf peut-être un cas de siccité dans la bouche, de cauchemar, nausée diarrhée, mais tout cela dû à des impuretés du produit. Le *Dormiol* présente en outre le précieux avantage d'être *moins cher* que les autres hypnotiques. P. C.

VARIA

Scandales tauromachiques.

Sans être un enragé protecteur des animaux, sans vouloir, avec les antivivisectionnistes, priver nos laboratoires des cobayes dont ils ont besoin et nos tables du bifteck qui nous alimente, nous ne pouvons lire, sans regret, les tentatives faites pour introduire la tauromachie chez nous ; que les courses de taureaux soit en Espagne un sport traditionnel, brillant et apprécié, nous ne saurions y contredire. Mais pourquoi cette manie de vouloir emprunter aux peuples voisins leurs passions les moins nobles et leurs coutumes les plus barbares ; n'avons-nous pas déjà les courses de chevaux avec leur cortège d'expressions anglaises ? Sous quel prétexte hypocrite acclamera-t-on la tauromachie ? Trouvera-t-on dans le peuple parisien un aussi vif désir d'amélioration de la race bovine qu'il s'en est manifesté récemment pour celle de la race chevaline.

Dimanche dernier, les aficionados ont donné, à Deuil, un spectacle écœurant, que relève seul le courage des protestataires. Nous n'allons pas jusqu'à approuver la tentative de meurtre, faite par un étudiant suédois, sur un Espagnol qui, bien que torero, n'en était pas moins un homme, mais nous félicitons le D[r] Maréchal qui, avec un véritable courage, malgré les menaces d'une foule en délire, malgré les injures et les coups, a fait tous ses efforts pour interrompre la boucherie et en souligner la grotesque sauvagerie. J. N.

(1) D[r] Schultze, D[r] Meltzer, D[r] Peters (*München Med. Woch*, avril 1900), Tuchs.
(2) Contenant chacune 0 gr. 50 du médicament.
(3) Dans du lait.

A propos d'un sanatorium.

Nous lisons dans un numéro de juin du *Bonhomme Normand* :

« Nos lecteurs se rappellent le conflit de l'été dernier entre la commune de Cabourg et M. Duquesne, à cause d'automobiles qui passaient à toute vapeur sur un chemin accédant à sa propriété la Divette, au risque d'occasionner de graves accidents. M. Duquesne était décidé à abandonner sa villa et d'y laisser établir un asile affecté aux maladies contagieuses. Pris par ses intérêts, le conseil municipal de Cabourg s'est uni « unanimement » pour adresser ses regrets de ce qui s'était passé et prier M. Duquesne de revenir sur sa décision. Comme gage de ses bons sentiments, le conseil municipal n'a pas réélu comme adjoint M. Gougy qui avait joué un rôle très actif dans cette affaire. — Enfin, en présence de cette manifestation, M. Duquesne a renoncé à son projet qui aurait été très préjudiciable à cette cité balnéaire. »

Nous croyons que dans le cas présent l'installation d'un sanatorium pour tuberculeux était en cause. Et nous regrettons vivement que la ville de Cabourg, ait considéré comme préjudiciable à ses intérêts, l'organisation d'un établissement de ce genre. Si, se basant sur la contagion possible, Cabourg fermait ainsi ses portes aux tuberculeux qui peuvent bénéficier de l'air marin, sa clientèle serait si réduite qu'elle perdrait tout droit à son titre de cité balnéaire. J. N.

Les Épidémies

La peste.

Depuis que la peste a été officiellement constatée à Aden le gouvernement anglais a fait prendre des mesures très sérieuses pour empêcher la propagation du fléau. Le *Journal des Débats* publie à ce sujet une correspondance intéressante qui montre toutes les difficultés que les indigènes suscitent aux autorités : « Des locaux spéciaux ont été installés où les pestiférés sont soignés avec sollicitude et une surveillance des plus actives est exercée sur tous les voyageurs qui viennent de l'intérieur de l'Arabie ou du golfe Persique ; mais soit que les indigènes de nos régions qui sont foncièrement fatalistes ne comprennent pas l'utilité de ces mesures, soit que des agents subalternes chargés de les appliquer aient déployé un zèle un peu trop inquisitorial dans l'exercice de leurs fonctions, soit enfin que les Arabes paraissent disposés à critiquer tout ce que font les Anglais, toujours est-il que nos populations protestent énergiquement contre les règlements de police sanitaire auxquels elles sont soumises et qu'elles accusent le gouvernement d'Aden de se livrer aux actes les plus arbitraires sous le prétexte de défendre les habitants de la ville contre la contamination pouvant venir du dehors. A ce propos, le bruit s'est répandu dans les environs que la plupart des caravaniers et des boutriers qui se rendent à Aden sont, à leur arrivée, arrêtés et conduits dans les hôpitaux d'où ils ne sortent plus. On raconte même, dans les villages du Hadramout, que c'est par ordre du vice-roi des Indes que les médecins d'Aden font ainsi disparaître un grand nombre d'Arabes et qu'ils n'ont rien trouvé de plus ingénieux, pour exterminer le plus de Musulmans possible, que de les empoisonner et d'annoncer ensuite qu'ils ont succombé aux atteintes de la peste.

« Il est aisé de comprendre l'effet que de pareilles accusations calomnieuses produisent sur l'esprit crédule et l'imagination vive des peuplades de l'Arabie. Aussi la terreur qu'inspirent actuellement les Anglais est telle que, depuis plusieurs semaines, aucun boutre de Mekelleh, de Chéher ou de Mascate n'a osé s'aventurer dans les eaux d'Aden. Cet état de choses est d'autant plus regrettable que les populations du Hadramout et de l'Oman sont généralement très pauvres et ne tirent leurs moyens de subsistance que des maigres profits qu'elles obtiennent du petit commerce et du cabotage qu'elles font avec notre ville.

Cet état d'esprit est à rapprocher de celui des Portugais d'Oporto lapidant le Dr Jorge et des Chinois de San-Francisco s'insurgeant contre la vaccination antipesteuse.

Les journaux, en effet, nous apprennent qu'à San-Francisco la présence de la peste a causé une agitation touchant à la panique. Le quartier chinois a été rigoureusement mis en quarantaine et aucun Chinois n'est autorisé à en sortir pour se rendre dans la ville.

D'autre part, à Port-Saïd, un cas de peste s'est produit dans le quartier grec. Les médecins ont voulu enlever le malade, mais ses compatriotes s'y sont opposés. Il a fallu faire appel au consul qui, seul, est arrivé à empêcher des troubles sérieux d'éclater.

A New-York, de très sérieuses mesures sont prises. La commission sanitaire a refusé d'admettre dans les docks les navires venant de Rio-de-Janeiro et de Buenos-Ayres avec des chargements de peaux. Des chalands transporteront les peaux qui seront désinfectées. Personne du bord n'aura l'autorisation de débarquer.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 11. — 1er *de Doctorat* : MM. Rémy, Poirier, Retterer. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie (1re *série*) : MM. Tillaux, Lejars, Delbet. — (2e *série*) : MM. Terrier, Jalaguier, Legueu. — (2e *partie*) : MM. Potain, Déjerine, Teissier. — (1re *partie*) (1re *série*). Chirurgie : MM. Lannelongue, Kirmisson, Walther. — (2e *série*) : MM. Delens, Tuffier, Mauclaire. — (2e *partie*) : MM. Fournier, Gaucher, Launois. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Pinard, Varnier, Lepage.

MARDI 12. — Médecine opératoire : MM. Nélaton, Quénu, Poirier. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Cornil, Blanchard, Ménétrier. — Oral (1re *partie*). Nouveau régime : MM. Remy, Thiéry, Bonnaire. — (2e *partie*) (1re *série*) : MM. Hutinel, Charrin, Achard. — (2e *série*) : MM. Dieulafoy, Roger, Thiroloix. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*) (1re *série*). Chirurgie : MM. Guyon, Schwartz, Albarran. — (2e *série*) : MM. Berger, Brun, Faure. — (2e *partie*) : MM. Jaccoud, Raymond, Marfan.

MERCREDI 13. — Médecine opératoire : MM. Tuffier, Poirier, Legueu. — 1er *de Doctorat* : MM. Rémy, Delbet, Sébileau. — 3e *de Doctorat*. Oral (1re *partie*) : MM. Jalaguier, Mauclaire, Lepage. — (2e *partie*) : MM. Brissaud, Gilles de la Tourette, Wurtz. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Thoinot, Langlois.

JEUDI 14. — Dissection : MM. Remy, Retterer, Thiéry. — 2e *de Doctorat*. Oral (1re *partie*) : MM. Blanchard, Gley, Launois. — 3e *de Doctorat*. Oral (1re *partie*). Nouveau régime : MM. Nélaton, Brun, Bonnaire, Guyon, Faure, Wallich. — 2e *partie*. Nouveau régime : MM. Raymond, Roger, Teissier. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Vaquez, André.

VENDREDI 15. — Dissection : MM. Poirier, Broca (Aug.), Walther. — 1er *de Doctorat* : MM. Rémy, Retterer, Sébileau. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*) (1re *série*). Chirurgie : MM. Delens, Tuffier, Legueu. — (2e *série*) : MM. Kirmisson, Jalaguier, Mauclaire. — (1re *partie*). Chirurgie : MM. Tillaux, Delbet, Lejars. — (2e *partie*) (1re *série*) : MM. Potain, Landouzy, Teissier. — (2e *série*) : MM. Hayem, Widal, Thoinot. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Pinard, Varnier, Lepage.

SAMEDI 16. — Médecine opératoire : MM. Quénu, Albarran, Thiéry. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Cornil, Hanriot, Thiroloix. — 1er *de Doctorat* : MM. Schwartz, Poirier, Retterer. — 2e *de Doctorat*. Nouveau régime : MM. Remy, Gley, Langlois. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Debove, Joffroy, Marfan. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*) (1re *série*) : MM. Chantemesse, Vaquez, Dupré. — (2e *série*) : MM. Dieulafoy, Roger, Achard. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Budin, Bonnaire, Wallich.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 13. — M. Guillemin. Considérations sur la pathogénie d'une variété d'éléphantiasis avec varices lympathiques basées sur un cas personnel. — M. Champion. Manifestations à distance dans le zona. — M. Goigoux. Des adhérences vulvaires. — M. Lévy (G.). Documents pour servir à l'histoire des rapports entre le poids du fœtus et celui du placenta. — M. Bayce. Influence de la grossesse et de l'accouchement sur l'évolution des maladies de l'oreille. Indications du traitement radical par l'évidement pétro-mastoïdien. — M. Boullet. Luxations en haut du métatarse. — M. Béard. De la rétraction de l'aponévrose plantaire. — M. Cayre. De la luxation congénitale du genou en avant avec chevauchement.

JEUDI 14. — M. Bonnet. De l'hyperthermie dans la fièvre. Essai de calorimétrie clinique. — M. Vincelet. Etude sur l'anatomie pathologique de la maladie de Friedreich. — M. Morlon. Etude sur l'adénie. — Mlle Joffé. Contribution à l'étude de la résorption des organes embryonnaires et adultes sous la peau et dans le péritoine. — M. Corket. Une indication symptomatique de laminectomie. — M. Carteret. De l'écouvillonnage préventif dans l'avortement.

Enseignement médical libre.

Cours de chirurgie oculaire. — M. le Dr A. TERSON, le jeudi, à 5 heures. Ce cours est gratuit. S'inscrire d'avance, 52, rue Jacob, tous les jours, de 1 à 2 heures.

Cours complets élémentaires et pratiques de vénéréologie et de gynécologie. — Deuxième série des cours de l'infirmerie de Saint-Lazare. — Mardi, M. Wickham, *syphiligraphie*. Jeudi, M. Verchère, *vénéréologie*. Samedi, M. Ozenne, *gynécologie*. Le cours comprend dix-huit leçons.

Maladies nerveuses et mentales. Hypnotisme. — M. le Dr BÉRILLON, lundis et vendredis, à 5 heures du soir, à l'école pratique de la Faculté de médecine, amphithéâtre Cruveilhier, *applications cliniques, psychologiques et médico-légales de l'hypnotisme.*

FORMULES

XXIX. — Contre la teigne.

Sublimé	0 gr. 01 centigr.
Acide tartrique	0 — 40 —
Chlorhydrate de cocaïne	1 gramme.
Alcool }	āā 30 —
Eau distillée }	

En piqûres d'une goutte dans le derme épilé et raclé.

(Du Castel).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 27 mai au samedi 2 juin 1900, les naissances ont été au nombre de 1023 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 356, illégitimes, 162. Total, 518. — *Sexe féminin* : légitimes, 369, illégitimes, 136. Total, 505.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1896 : 2.511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 27 mai au samedi 2 juin 1900, les décès ont été au nombre de 929, savoir : 514 hommes et 415 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 2, F. 7. T. 9. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 1, F. 0, T. 1. — Rougeole: M 11, F. 20, T. 31. — Scarlatine : M. 3, F. 5, T. 8. — Coqueluche : M. 5, F. 1, T. 6. — Diphtérie. Croup : M. 7, F. 6, T. 13. — Grippe : M. 2, F. 0, T. 2. — Phtisie pulmonaire : M. 97, F. 77, T. 174. — Méningite tuberculeuse : M. 11, F. 10, T. 21. — Autres tuberculoses : M. 22, F. 13, T. 35. — Tumeurs cancéreuses : M. 29, F. 28, T. 57. — Tumeurs autres : M. 1, F. 2, T. 3. — Méningite simple : M. 14, F. 9, T. 23. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 21, F. 18, T. 39. — Paralysie, M. 4. F. 8, T. 12. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 1, T. 5. — Maladies organiques du cœur : M. 30, F. 36, T. 66 — Bronchite aiguë : M. 6, F. 9, T. 15. — Bronchite chronique : M. 8, F. 9, T. 17. — Broncho-pneumonie : M. 15, F. 17, T. 32. — Pneumonie : M. 23, F. 23, T. 46. — Autres affections de l'appareil respiratoire: M. 26, F. 13, T. 39. — Gastro-entérite, biberon : M. 13, F. 7, T. 20. — Gastro-entérite, sein : M. 2, F. 5, T. 7. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 1, F. 1, T. 2. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 2, T. 2. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 5, T. 5. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale : M. 15, F. 14, T. 29. — Sénilité : M. 10, F. 27, T. 37. — Suicides : M. 6, F. 5, T. 11. — Autres morts violentes : M. 13, F. 6, T. 19. — Autres causes de mort: M. 102, F. 70, T. 179. — Causes restées inconnues : M. 3, F. 0, T. 3.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 75, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 30, illégitimes, 14. Total : 44. — *Sexe féminin* : légitimes, 20, illégitimes, 11. Total : 31.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours de chirurgie.* — Ce concours s'est terminé par la nomination de MM. Marion et Riche.

HÔPITAUX DE MARSEILLE. — M. le Dr Sepet est nommé, après concours, médecin adjoint.

ÉCOLE D'APPLICATION DU VAL-DE-GRACE. — Un concours pour l'admission de docteurs en médecine civile à l'emploi de médecin stagiaire à l'Ecole d'application du Val-de-Grace, aura lieu le 17 décembre 1900, à Paris. Les demandes d'admission au concours doivent être adressées, avec les pièces à l'appui, au Ministre de la Guerre (direction du service de santé, bureau des hôpitaux) avant le 1er décembre prochain.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — *Nomination de médecin de 2e classe de la réserve.* — M. le Dr Ziegler médecin de [illegible] marine, démissionnaire.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Pr TOMMASI-CRUDELI, sénateur, professeur de la Faculté de Rome. — M. le Pr KORSAKOFF, de Moscou, l'éminent aliéniste,

Chronique des Hôpitaux.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — *Radioscopie médicale.* — M. le Dr A. BÉCLÈRE, le dimanche, à 10 heures du matin, dans la salle des conférences de l'hôpital, une nouvelle série de *Six conférences sur les premières notions de Radiologie*, indispensables à la pratique de la Radioscopie et de la Radiographie médicales. Après chaque conférence, présentation et examen radioscopique des malades.

CLINIQUE NATIONALE OPHTHALMOLOGIQUE DES QUINZE-VINGTS. — *Conférences d'ophthalmologie.* — Mardi, à 1 h. 1/2, Dr Trousseau, leçons cliniques. - Mercredi, à 1 heure, Dr Kalt, leçons de diagnostic ophthalmologique avec indications thérapeutiques. — Jeudi, à 2 heures, Dr Dubief, démonstration d'anatomie pathologique et de bactériologie. — Jeudi, à 3 heures, Dr Valude, thérapeutique chirurgicale; présentation de malades. — Samedi, à 2 heures, Dr Chevallereau, thérapeutique médicale. — Consultations et opérations, à 1 heure.

HÔPITAL BROCA. — *Cours complet de gynécologie.* — M. S. POZZI, le vendredi à 10 heures. — Un cours de gynécologie pratique sera fait les lundis et mercredis, à 10 heures, sous sa direction. Ce cours sera complet en vingt leçons. Démonstrations d'histologie sur les pièces du service, le samedi, à 10 heures, par le chef du laboratoire.

HÔPITAL ANDRAL. — *Maladies de l'estomac.* — MM. Albert MATHIEU, M. SOUPAULT et Ch. ROUX, commenceront le lundi, 18 juin 1900, un cours complet sur le *Diagnostic et le traitement des maladies de l'estomac.* — Les élèves seront exercés aux manipulations nécessaires pour la détermination du chimisme gastrique, par M. Leboulais, pharmacien de 1re classe, ancien interne des hôpitaux. Ce cours sera complet en un mois. Le prix de l'inscription est de 100 francs. Le nombre des inscriptions est limité. — S'adresser au Laboratoire de l'hôpital Andral, 35, rue des Tournelles.

HÔPITAL DE LA PITIÉ. — M. le Dr BABINSKI : conférences cliniques sur les *Maladies du système nerveux*, le samedi matin.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — Le Dr DU CASTEL, conférences cliniques le samedi à 1 h. 1/2. A 1 h. 1/2 consultation externe. A 2 h. 1/2 conférence clinique dans la salle des conférences.

Leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques. — M. HALLOPEAU, salle des conférences, le dimanche, à 9 heures et demie du matin.

Maladies cutanées et syphilis : Le Pr FOURNIER le vendredi matin.

Maladies du cuir chevelu. — M. SABOURAUD : tous les mercredis et samedis, à 9 h. 1/2, leçon théorique et pratique sur les maladies microbiennes du cuir chevelu et de la peau (laboratoire de l'école Lailler).

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Cours de clinique des maladies du système nerveux.* — M. le Pr RAYMOND : vendredis et mardis, à 10 heures. — M. le Dr J. VOISIN, conférences cliniques sur les *Maladies mentales et nerveuses*, le jeudi à 10 heures du matin.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h. 1/2. Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée); présentation de cas cliniques, etc. — *Service de* M. le Dr P. MARIE. Le service de l'infirmerie de Bicêtre comprend un grand nombre de malades atteints d'affections chroniques et particulièrement d'affections du système nerveux. Ce service est ouvert aux étudiants et le samedi a lieu, à 9 h. 1/2, une visite générale au cours de laquelle le Dr Pierre Marie présente les malades les plus intéressants.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES, 71.

XXIXe ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XI. N° 24. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 16 JUIN 1900.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE INTERNE

Quelques contributions cliniques à la maladie, dite « fièvre de Malte » ;

Par le Pr **Edmond** NEUSSER (de Vienne).

Au XVIIIe Congrès allemand de médecins-internes qui vient d'avoir lieu à Wiesbaden, du 18 au 21 avril 1900, le professeur Edmond Neusser de la Faculté médicale de Vienne a fait une communication très intéressante sur la fièvre de Malte, en montrant un cas qui fut atteint de cette maladie depuis huit ans. Avec le nom de fièvre de Malte ou de fièvre de la Méditerranée on a désigné une maladie infectieuse qu'on observe aux côtes et aux îles de la Méditerranée. Cette fièvre s'observe aux îles de Malte, de Chypre, des Baléares, à l'Archipel grec, en Asie Mineure, à Gibraltar, en Sicile, en Sardaigne, en Corse, à Gênes, à Naples, en Dalmatie, aux Iles brionniques, à Alexandrie, en Tunisie et en Algérie. La maladie en question s'observe également aux côtes de la Mer Rouge, à la côte méridionale de l'Arabie et à la côte de l'est des Indes occidentales. Le territoire géographique de la propagation de la fièvre de Malte comprend aussi les Iles Açores, les Iles Canaries, le Vénézuéla et Porto-Rico. En 1897, Bruce avait découvert l'agent provocateur de la maladie en question, le micrococcus melitensis, qui est pathogénique pour les singes. Dans deux cas, on fut à même de produire cette maladie expérimentalement dans le sujet humain avec des injections sous-cutanées des cultures du microcoque sus-mentionné. Le temps de l'incubation varie de huit à vingt jours : Le micrococque de la fièvre de Malte est agglutiné d'une manière exacte par le sérum sanguin de malades qui sont atteints de cette affection, et à savoir immédiatement après le début de la maladie.

L'agglutination s'obtient, non seulement avec le sérum sanguin de malades qui viennent d'être atteints de cette maladie, mais aussi avec le sérum de malades guéris, et à savoir après plusieurs mois et même quelques années. Le pouvoir d'agglutination est en général très intense et ses proportions varient de 1 pour 20 à 1 pour 1.000. L'affection en question débute avec de la fièvre qui peut atteindre 40°,5 c. ; avec des maux de tête, des douleurs aux extrémités et des douleurs lombaires; avec de l'insomnie et du manque d'appétit aussi bien qu'avec du goût de vomir ; maintes fois les malades sont aussi pris de vomissement. D'ordinaire les malades en question sont aussi atteints de constipation et de *sueurs* profuses; c'est pourquoi on a désigné cette affection, lorsque le cours de la maladie est aigu, avec le nom de *febris sudoralis*; et lorsque le cours de l'affection est chronique, avec la dénomination de « *phtisis mediterranea* ». L'attaque fiévreuse a une durée de une à cinq semaines. Pendant le cours postérieur de la maladie et comme affections postérieures on observe des affections rhumatismales des articulations, des orchites, des mastites et des névralgies. La mort est rare; la mortalité est de 2 0/0. Les autopsies des malades succombés à la fièvre de Malte montrent une hypérémie des poumons et du foie, agrandissement de la rate, rougeur et tuméfaction de la muqueuse de l'intestin grêle, et dans le gros intestin on trouve, en dehors de la rougeur, aussi des ulcérations. Quant aux follicules solitaires et quant aux plaques de Peyer, on les trouve quelquefois tuméfiées; dans la plupart des cas ils ne sont pourtant pas altérés.

Il est un fait particulièrement caractéristique pour la fièvre de Malte, à savoir les récidives qui surviennent dans des intervalles irréguliers et qui peuvent donner à la maladie une durée de plusieurs mois, et même de plusieurs années. L'orateur montre au congrès un cas pareil, qui se distingue par une durée exceptionnellement longue de huit années.

Le malade en question est âgé de 45 ans, entrepreneur de chemins de fer, a vécu pendant six années dans la Roumélie orientale (à Burgas), en Turquie et en Asie Mineure, et prétend avoir acquis sa maladie à Burgas, sur la mer Noire. Il fut atteint de la première attaque en 1892. Depuis ce temps là, les attaques se répétèrent d'une manière irrégulière jusqu'à ce jour-ci. Le malade a amaigri, il est un peu anémique, la rate est agrandie, les pupilles ont la largeur normale et réagissent lentement à l'influence de la lumière ; le réflexe patellaire gauche est normal, tandis que celui du côté droit est affaibli ; tous les deux réflexes du tendon d'Achille manquent. A la partie

intérieure des malléoles on note une thermohypesthésie, et cela s'observe notamment du côté gauche. La sensibilité tactile, aussi bien que la sensibilité douloureuse sont normales. Le sang du malade fait agglutiner intensivement des cultures du microcoque de la fièvre de Malte, même à une dilution de 1 pour 1000. Le Pr Neusser montre, à la société présente, les cultures du microcoque en question et les phénomènes d'agglutination, et fait remarquer que la réaction séreuse, aussi bien que le cours clinique de la maladie, justifient bien le diagnostic de fièvre de Malte. L'orateur insiste sur la diversité des syndromes que cette maladie présente et sur la difficulté du diagnostic. Les cas aigus peuvent se présenter sous le syndrome d'une fièvre malarienne grave ; les cas subaigus et intermittents furent confondus avec la fièvre typhoïde, la tuberculose subaiguë ou avec l'endocardite, et ceci notamment, lorsque le malade présentait en même temps des troubles articulaires ; les formes chroniques avec de la fièvre intermittente furent confondues avec la tuberculose ou la pseudo-leucémie récurrente. Les difficultés diagnostiques sont particulièrement grandes lorsque les malades qui sont atteints de la fièvre de Malte présentent, dans les intervalles non fiévreux qui peuvent durer plusieurs mois, des symptômes tout à fait hétérogènes qui peuvent entrer dans le cadre des affections communes. Les affections ultérieures consécutives à la fièvre de Malte représentent des troubles nerveux multiformes qui sont en partie de nature sensible, et en partie de nature motrice. On observe dans des cas pareils, des maux de tête, des douleurs dans la nuque et dans le dos avec irradiation dans l'abdomen et dans les extrémités, des douleurs circulaires de la taille, des hyperesthésies, des paresthésies, des anesthésies, et avant tout, des névralgies insupportables dans le territoire du trijumeau, des nerfs occipital et schiatique, donc des symptômes qui rentrent dans la classe des polynévrites avec participation prédominante des voies sensibles. Dans le cas en question, ce sont aussi les symptômes nerveux qui attirent la première attention ; les hyperesthésies cutanées, la lenteur des réflexes pupillaires, les douleurs aux plantes des pieds, les douleurs intermittentes dans la région stomacale avec des sensations autour de la taille, qui ressemblent aux crises gastriques, mais avant tout l'inégalité des reflexes patellaires et l'absence des réflexes du tendon d'Achille, et notamment les symptômes dernièrement mentionnés pourraient faire soupçonner facilement la présence d'une ataxie locomotrice dans son commencement. Si l'on prend pourtant en considération le cours entier de la maladie et la réaction séreuse sus-mentionnée, et qui est si distincte dans le cas en question, il faut songer dans notre cas à des procès infectieux-névritiques. Le Pr Neusser discute ensuite l'importance de l'agglutination pour le diagnostic de la fièvre de Malte. Il n'y a pas de traitement efficace pour cette maladie ; la quinine, les préparations salycyliques, aussi bien que l'antipyrine, n'ont pas d'influence sur la fièvre. Le malade présenté a subi toutes les cures possibles ; il a été à Carlsbad, à Franzensbad, dans les hautes montagnes et dans les établissements hydropathiques, mais tout cela sans succès.

Quant à l'effet de l'antitoxine de la fièvre de Malte que M. Wright (de Netleij) avait préparé du sérum sanguin de singes immunisées, il n'existe pas encore de communications à ce sujet. D'après l'orateur, ces animaux ne seraient pourtant guère appropriés pour la préparation d'un sérum auquel on pourrait avoir de la confiance dans tous les cas, comme la tuberculose est une maladie très fréquente chez cette espèce d'animaux. Il reste encore à l'avenir de nous renseigner sur ce fait-ci, à savoir en quelle mesure les chevaux se prêtent à la fabrication d'un sérum approprié pour le traitement en question. Le Pr Neusser termine sa très intéressante communication en faisant remarquer que ce ne serait pas seulement un gain pour la science, mais aussi d'une très grande importance économique de combattre la maladie en question. Cette maladie est d'une importance particulière pour les soldats et pour les marins ; d'après les statistiques anglaise et américaine, la fièvre de Malte oblige ceux qui en sont atteints de garder le lit pendant trois mois et même de plus, et à cause de ses fréquentes récidives qui résistent souvent à toutes les méthodes de traitement, rend les malades pour longtemps incapables de travailler. Etant donné l'accroissement de la politique coloniale allemande, l'auteur ne doute pas que la marine allemande n'aborde dans peu de temps les foyers de cette maladie, notamment si l'on prend en considération la construction des chemins de fer qui va avoir lieu en Asie Mineure. Nous avons affaire dans ces cas à une maladie à laquelle l'Angleterre dirige sa plus grande attention et qui peut devenir d'une importance actuelle aussi pour l'Allemagne. Léon Lebovici (de Carlsbad).

GÉOGRAPHIE MÉDICALE

De la répartition géographique du goitre en France ;

Par M. Lucien MAYET, interne des hôpitaux de Lyon (1).

C'est grâce aux documents nouveaux résumant les opérations des conseils de revision, pendant la période de dix années (1887-1896), que nous avons pu, sur les conseils de M. le Pr Poncet, établir le coefficient de la fréquence du goitre dans chaque département, et, en nous appuyant sur des chiffres nouveaux, formuler des conclusions qui peuvent être regardées comme l'expression aussi exacte que possible de la réalité. Par cela même, elles acquièrent un réel intérêt pratique.

L'enquête de la Commission Française (2), instituée de 1861 à 1875, pour l'étude du goitre et du crétinisme en France, sous la direction des Prs Rayer et Tardieu, et de son éminent rapporteur le Dr Baillarger, le très intéressant ouvrage du Dr Saint-Lager, de Lyon (*Etudes sur les causes du crétinisme et du goitre endémique* (Paris, 1867), ont été l'effort le plus considérable qui ait été fait, en vue d'éclairer la question qui nous préoccupe. Et cependant la Commission Française n'a réuni des documents que dans 63 départements, et il y a dans ces départements mêmes des lacunes très nombreuses, dont quelques-unes comprennent des arrondissements entiers.

Depuis l'application des nouvelles lois militaires, les *Comptes rendus actuels* du recrutement de l'armée sur les opérations des conseils de revision, sont les documents les plus précieux pour l'étude de la répartition géographique du goitre. Ce sont les seuls qui permettent de présenter un tableau complet pour toute la France et qui méritent une entière confiance, puisque les réformes ne sont prononcées que sur l'avis d'un médecin. Ce sont ces comptes rendus que nous avons précisément utilisés. En

(1) Communication faite à l'Académie de médecine par M. le Pr A. Poncet, le 12 juin 1900.

(2) Commission Française, par opposition au terme Commission Sarde, désignant celle instituée, dans le même but, par le roi de Sardaigne en 1848.

calculant le coefficient moyen de chaque département, pour une période d'année 1887-1896, nous avons obtenu la proportion des jeunes gens réformés ou classés dans le service auxiliaire de l'armée pour goitre. Ce nombre de cas de goitre, rapporté à 1.000 examinés, nous a donné alors le coefficient de la fréquence actuelle du goitre, dans chaque département.

En classant les départements par ordre décroissant, on peut les diviser en six séries. Dans la première se placent six départements qui, sur 1.000 jeunes gens de vingt ans, ont au moins 10 goitreux. Ce sont : la Haute-Savoie 45, la Savoie 23, les Hautes-Alpes 16, l'Ardèche 13, les Hautes-Pyrénées 12, les Basses-Pyrénées 10.

La seconde série comprend les départements dans lesquels l'endémie, pour être moins intense, n'en est pas moins très marquée. Sur 1.000 conscrits, 5 à 10 sont atteints de goitre. Dans cette série, se placent : la Corrèze 9,7, puis Lozère, Loire, Ariège, Landes, Dordogne, Basses-Pyrénées, Cantal, Aveyron, Isère, Puy-de-Dôme, Vosges, Haute-Saône, Rhône, Saône-et-Loire, 5,02.

Une troisième série représente le coefficient 2,5 à 5 pour 1.000. Départements : Vaucluse 4,7, Drôme, Jura, Orne, Haute-Loire, Alpes-Maritimes, Doubs, Gard, Haute-Marne, Haute-Garonne, Pyrénées-Orientales, Lot, Ain, Aisne, 2,5.

La quatrième série comprend les départements se groupant entre les chiffres 1,25 et 2,5 pour 1.000. Ils sont au nombre de 20 : Creuse, Haute-Vienne, Sarthe, Allier, Aude, Hérault, Aube, Seine-Inférieure, Vendée, Bouches-du-Rhône, Eure, Nièvre, Tarn, Charente, Somme, Loiret, Meuse, Mayenne, Marne, Meurthe-et-Moselle

La cinquième série est formée par les départements qui ont de 0,50 à 1,25 goitreux pour 1.000 : Deux-Sèvres, Oise, Côte-d'Or, Gironde, Cher, Seine-et-Oise, Var, Calvados, Ardennes, Indre, Seine-et-Marne, Charente-Inférieure, Nord, Yonne, Pas-de-Calais, Indre-et-Loire, Corse, Vienne, Maine-et-Loire, Tarn-et-Garonne.

Enfin, la sixième série réunit en une dernière catégorie les 11 départements où le goitre n'existe pour ainsi dire pas : Gers, Manche, Loire-Inférieure, Eure-et-Loir, Loir-et-Cher, Ille-et-Vilaine, Seine, Côtes-du-Nord, Morbihan, Lot-et-Garonne, Finistère.

Si l'on reporte sur la carte les différentes séries qui viennent d'être indiquées, cette constation s'impose : *que le goitre n'est pas répandu au hasard à la surface du territoire.* Les départements les plus atteints se groupent de façon à former différents îlots, plus ou moins étendus, qui occupent les régions des Alpes, des Pyrénées, du Plateau central, du Jura et des Vosges. Deux départements forment seuls une tache isolée au milieu de la zone claire où le goitre est rare : l'Aisne, qui faisait autrefois partie d'un groupe de départements où l'endémie a beaucoup diminué, et l'Orne, qui autrefois se plaçait parmi les départements indemnes de goitre, et qui s'en est séparé par une ascension constante du nombre des cas constatés.

* * *

L'endémie du goitre est-elle différente aujourd'hui de ce qu'elle était autrefois ? Il n'est guère possible de répondre à cette question autrement que par une approximation malheureusement assez éloignée de la vérité. Dans son rapport, le Dr Baillarger a essayé de résoudre ce difficile problème. Il a indiqué une augmentation de l'endémie dans 26 départements, une diminution de cette même endémie dans 17 départements. Ces différentes notions sont indiquées dans une carte tracée d'après Baillarger.

Pour éviter les critiques sérieuses qui peuvent être faites aux conclusions du rapporteur de la Commission Française sur ce point, nous avons envisagés les variations de fréquence du goitre à un point de vue et avons suivis une méthode quelque peu différente. Nous avons tracé trois cartes qui indiquent les départements ayant présenté plus de 2,5 exemptés pour 1.000 examinés aux époques suivantes : 1816-1825, 1836-1845, 1887-1896. D'aute part, l'étude de chacun des départements où sévit l'endémie du goitre, nous a montré que dans certains de ces départements le coefficient de la fréquence du goitre avait subi de profondes modifications.

Les cartes que nous avons dressées et les indications obtenues pour chaque département nous conduisent à dire : Le goitre a augmenté de fréquence surtout dans la Haute-Savoie, les Landes, l'Orne, la Sarthe, la Mayenne, la Haute-Saône, le Gard, l'Hérault, la Vendée, les Deux-Sèvres, etc. Le goitre a diminué de fréquence dans un grand nombre de départements, surtout dans les suivants : Hautes-Alpes, Basses-Alpes, Hautes-Pyrénées, Ardèche, Loire, Rhône, Isère, Oise, Ardennes, Haute-Marne, Côte-d'Or, etc.

Les quelques noms qui viennent d'être cités ne veulent pas dire que dans les autres départements la fréquence soit restée stationnaire. Elle a augmenté ou diminué dans des limites variables et impossibles à préciser pour chaque département pris isolément. Le détail des variations de de l'endémie du goitre nous échappe, et on ne peut donner des conclusions fermes que pour la totalité.

Ces conclusions sont les suivantes :

Les régions où le goitre se rencontre avec une certaine fréquence ne se sont pas sensiblement déplacées dans l'espace d'un siècle. La surface occupée par l'endémie paraît avoir diminué d'étendue, surtout depuis cinquante ans. Si dans quelques départements la fréquence du goitre a augmenté, elle a d'une façon indéniable diminué pour l'ensemble de la France, cela dans les limites qu'il ne semble pas possible actuellement de préciser.

* * *

Peut-on indiquer avec une approximation suffisante le nombre des individus aujourd'hui atteints de goitre en France ? Théoriquement ? oui. Pratiquement ? très probablement non. Baillarger proposait le chiffre de 500.000. Personnellement, nous avons obtenu celui de 375.000 à 400.000. L'un et l'autre sont évidemment trop faibles. On peut toutefois les regarder comme un minimum, certainement, de beaucoup au-dessous de la réalité.

Quant aux relations de fréquence du goitre et du crétinisme, dont les rapports de cause à effet sont si bien établis depuis quelques années, il n'existe aucun document permettant seulement de les soupçonner.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

De l'asepsie opératoire

Par M. PICQUÉ (1).

J'ai écouté avec le plus grand intérêt la communication de notre collègue Quenu, et j'accepte la plupart des conclusions auxquelles il est arrivé. Je crois comme lui, que la désinfection des mains constitue un facteur des plus importants dans l'asepsie opératoire et ce n'est pas sans surprise, que j'ai entendu soutenir que cette désinfection était facile. M. Delbet vient de nous montrer qu'elle était possible et cela d'une façon mathématique, et qu'on pouvait sans danger faire des operations aseptiques, après avoir touché des foyers putrides. Pour ma part, j'évite comme la plupart de nos collègues, de pratiquer des laparotomies dans ces conditions et, recemment encore j'ai dû plusieurs fois m'abstenir d'opérations de ce genre, me trouvant dans l'obligation de faire moi-meme en ville mes pansements septiques. Malgré l'assurance que nous a donnée notre collègue Bazy, malgré ses expériences très bien conduites, à la vérité, mais qui ne portent que sur des lapins, je ne me crois pas en droit de transiger avec cette règle de première prudence, et je ne me pardonnerais pas [illegible] survenu dans ces conditions.

(1) Communication faite à la Société de Chirurgie, séance du 6 juin.

Le fait qu'il nous a communiqué n'a pas, comme il le dit, la valeur d'un fait positif, car il me semble qu'on doit tenir compte, ici, de la résistance individuelle à l'invasion microbienne.

Je pourrai lui citer un fait en opposition avec le sien et tiré de ma pratique des asiles. Il s'agit d'un aliéné auquel je pratique la cure radicale d'un hydrocèle ; chaque jour le malade enlève son pansement, et « barbouille » ma ligne de sutures de matières fécales.

La réunion immédiate a été obtenue. Je ne puis conclure qu'une chose : c'est la résistance de mon malade à l'infection et rien de plus. Qui sait, si, avec d'autres malades, notre collègue n'aurait pas eu un désastre dans les conditions où il s'était volontairement placé. Ce point, il me semble, n'a pas besoin d'être plus longtemps discuté et nous avons tous raison de multiplier les précautions, relativement à l'infection de nos mains.

Mais la question a besoin, selon moi, d'être élargie. Un fait qui m'a toujours frappé est le suivant : En ville, toutes nos plaies guérissent sans exception par première intention. Pourquoi n'en est-il pas constamment de même à l'hôpital.

Cela tient évidemment à l'organisation très défectueuse de nos services d'hôpitaux, organisation qui ne répond plus aux exigences actuelles de la chirurgie.

Si notre collègue Quénu a la bonne fortune de diriger à l'hôpital Cochin un service parfait, qu'il lui a été donné d'organiser lui-même, combien de nos collègues pourraient en dire autant. Il faut avoir le courage de le dire et sans critiquer personne, nous devons avouer que nous sommes pour la plupart mal outillés pour la lutte contre l'infection.

Du côté des constructions hospitalières que de réformes à faire. Dans mon service à l'hôpital Bichat, qui a passé pendant longtemps comme un modèle, la disposition du pavillon est telle que la salle d'opération *aseptique* sert de lieu de passage pour les familles et aussi pour les filles de service. Toute la cuisine et les objets malpropres qui servent aux malades y passent. C'est à n'y pas croire et cependant un de nos collègues distingués qui voulait prendre le service avait été frappé de ce fait qui dure depuis 20 ans et presque obtenu, de l'Administration, la construction d'une passerelle pour éviter ce passage dangereux. Dans cette même salle d'opération, il n'existe pas d'eau stérilisée et on y reçoit à pleines mains, au moment des opérations et selon le bon plaisir des exigences, l'eau de Seine ou l'eau de source non stérilisée. Il existe, pour la forme, un chauffe-bain où l'eau n'a *jamais* été stérilisée et une bougie *unique* de Chamberland qui conduit à un réservoir de 10 litres!! avec un robinet placé hors la portée de la main!! Et dans le même service comme dans beaucoup d'autres, il n'y a pas de séparation entre les malades infectés et les autres. Sous prétexte qu'il n'existe pas de maternité dans le quartier, on encombre le service de femmes qui viennent de faire des fausses couches et qui sont infectés exposant ainsi nos opérés au contage du streptocoque, c'est-à-dire à l'érysipèle.

Je ne veux pas prolonger davantage cette série de descriptions, mais je crois en avoir dit assez d'un service qui a été considéré pendant longtemps comme modèle pour vous convaincre que le moment est venu d'étudier cette question de la défense de nos services contre l'infection, comme jadis a été étudiée, au même point de vue, la question des maternités à l'Académie de médecine et à la Société de Chirurgie, par Léon Lefèvre.

Certes, nous ferons et nous devons faire beaucoup individuellement. Pour ma part, m'inspirant des préceptes qui ont servi de guide à M. Terrier durant toute sa carrière, je me suis appliqué à améliorer certains points de son service, et je suis arrivé à des résultats qu'il apprendra, j'en suis sûr, avec plaisir, puisqu'ils dérivent directement de son enseignement et des idées auxquels il a attaché son nom. Je les publierai d'ailleurs en totalité pour déférer au vœu qu'il a exprimé à la fin de sa statistique publiée par lui les 17 et 24 mars dernier, dans le *Progrès médical*. J'ai été, en effet, vivement frappé d'un fait. Entre ses mains si habiles, le chiffre de la mortalité l'an dernier était de 17 morts sur 120 laparotomies pour la gynécologie seulement, chiffre réellement minime ; pour la chirurgie abdominale, elle est encore beaucoup plus élevée (voir *Progrès médical*). Quant je suis arrivé à Bichat, le service se trouvait privé de tout son personnel (internes et infirmiers), et de tous les appareils à stérilisation (autoclaves et étuves). Je dus me borner aux opérations les plus urgentes et les plus graves, renvoyant systématiquement celles qui pouvaient attendre. Ma statistique ne sera pas brillante. Sur 16 opérations abdominales, j'ai eu 5 morts opératoires, chiffre d'ordinaire considérable. Depuis le 1er mars, époque du changement de service, j'ai pu avoir mon personnel secondaire et mon appareil à stérilisation, et je me suis appliqué à diriger moi-même la stérilisation de mon matériel.

Les résultats obtenus sont encore peu nombreux, mais très encourageants.

En y ajoutant même les cinq décès opératoires chez les malades opérés à l'époque où le service n'était pas organisé, j'arrive, depuis le 15 novembre, au chiffre total de 47 opérations avec 5 décès.

Il est donc certain qu'en suivant les excellents préceptes de M. Terrier, on peut arriver à de bons résultats.

Je crois, néanmoins, qu'il sera bon que la Société de Chirurgie mette à l'étude la question des réformes de toute nature à apporter à l'organisation des services hospitaliers pour les mettre à la hauteur des exigences de notre chirurgie actuelle. A cet égard, j'ai fait des études spéciales que je soumettrai prochainement à l'appréciation de mes collègues. J'ai pu, en effet, grâce aux libéralités du Conseil général et à l'esprit éclairé de l'Administration préfectorale, faire construire, d'après les documents recueillis par moi au cours de nombreux voyages à l'étranger, et aussi d'après des études personnelles, un important service de chirurgie à l'asile clinique, service dont la maquette se trouve dès à présent à l'Exposition, dans le pavillon de la Ville de Paris.

Pour répondre au vœu de l'Administration, je me suis efforcé de faire un service où la chirurgie aura à sa disposition tout un système de défense efficace contre l'infection.

C'est justement, Messieurs, parce que je me suis occupé depuis plusieurs années de la solution de ce problème, que je me suis permis de transformer devant vous, en l'élargissant, la question qui nous a été soumise par notre collègue Quénu, et que je vous demande, en terminant, de nommer une commission chargée de l'étude des réformes à proposer à l'Administration, au moment même où le Conseil municipal se propose de remanier, de fond en comble le domaine hospitalier, en dotant la ville de Paris d'hôpitaux vraiment dignes de notre pays.

J'ai eu dix-neuf operations gynécologiques depuis le 1er mars, *sans un seul décès*, parmi lesquelles cinq fibromes utérins, huit pyosalpinx, trois salpingites, une grossesse extra-utérine, un kyste du ligament large et une hydrosalpinx.

J'ai eu, de plus, quinze opérations abdominales. Les succès portent sur deux extirpations du vésicule biliaire, trois appendicites à froid, une tumeur de l'épiploon, une laparotomie exploratrice pour cancer du péritoine, une péritonite tuberculeuse, un coup de couteau de l'abdomen, avec plaie de l'estomac, un kyste hydatique, une néphrotomie pour une hydronéphrose infectée, en tout douze guérisons. Deux malades entrés dans le service pour péritonites généralisées, et opérés d'urgence par mes auxiliaires ont succombé ; de même, une malade atteinte de kyste hydatique et d'épanchement pleural, entrée avec cyanose et hypothermie, a également succombé.

Environ trente-un malades ont subi des opérations abdominales graves *sans un seul décès*, depuis le 1er mars dans mon service. Trois malades opérés d'urgence ont succombé.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

A propos des quarantaines.

Dans un de nos derniers numéros (1), sous le titre : *La Peste et les mesures sanitaires*, nous avons cité une intéressante lettre adressée aux *Débats* par M. Eugène Duchemin qui critiquait, très judicieusement, les mesures sanitaires vexatoires, inintelligentes et inutiles imposées aux passagers. Cette citation nous a valu la communication d'un certain nombre d'articles du journal français, le *Courrier de Smyrne*, où, depuis quelques mois, un de nos plus distingués confrères, le Dr B. Narich, signale les dangers que font courir à l'Europe, les mesures sanitaires incomplètes et inefficaces prises par les gouvernements européens.

Il y a un an environ, le Dr B. Narich faisait l'histoire des quarantaines dans l'Empire ottoman. Inventées par les Vénitiens, appliquées à Marseille qui, grâce à elles, se préserva dans un siècle neuf fois de la peste, elles furent adoptées par le Sultan Mahmoud II, en 1837, sur les conseils du Dr Bulard. Dès 1838, le Conseil supérieur de santé était créé, le Dr Bulard faisait construire un hôpital pour les pestiférés, et organiser un lazaret à Scutari. En même temps une quarantaine d'observation était établie aux Dardanelles pour préserver Constantinople. Des efforts très louables furent faits à la même époque pour mettre à l'abri des contagions Smyrne et diverses autres régions de l'Empire ottoman.

Depuis, de nombreuses conférences internationales eurent lieu, notamment à Paris, en 1894, et à Venise, en 1897. L'Europe était menacée du choléra et de la peste, non seulement par l'isthme de Suez, mais par le golfe Persique, les chemins de fer d'Asie-Mineure pouvant désormais servir de voie de propagation. Les gouvernements s'entendirent, bien qu'avec quelques difficultés, car les quarantaines sont redoutées par les puissances commerciales et surtout par l'Angleterre.

Les grandes Compagnies de navigations anglaises ne craignent pas, en effet, de violer, malgré leur gouvernement, les règlements sanitaires. En 1898, par exemple, le *Caledonia* s'abstint de déclarer ses malades à Suez, bien qu'il ait été signalé de Bombay par le gouvernement de l'Inde, comme navire infecté. Nous concevons fort bien que les quarantaines portent un dommage excessif au commerce, et que la peur des grandes épidémies fait parfois abuser de ce moyen brutal. Mais à l'heure actuelle, avec les progrès de l'hygiène, de l'épidémiologie, des procédés de désinfection, ne pourrait-on pas les réduire à l'indispensable.

La pratique démontre que les règles fixées par la conférence de Venise, peut-être excellentes, ne sont pas appliquées ; ne serait-il pas utile de réunir une nouvelle conférence pour les reviser, c'est la solution que réclame instamment le Dr B. Narich, en ces termes :

« Toutes ces anomalies dans les services sanitaires prouvent encore une fois, selon nous, qu'il est urgent de réunir une nouvelle conférence internationale. D'aucuns, y compris de hautes personnalités dans la hiérarchie sanitaire d'Europe, pensent que cela serait inutile, et qu'il n'y aurait qu'à appliquer les articles nombreux élaborés par la conférence de Venise. Mais c'est justement parce que l'application des règlements est si souvent en souffrance que nous ne cessons depuis un an de réclamer la réunion d'une nouvelle conférence internationale qui avisera aux moyens de rendre cette application plus réelle, plus pratique, plus large, et, jusqu'à un certain point, la doublera d'une sorte de contrôle destiné à soutenir le service dans son relâchement, dans ses faiblesses.

« L'année dernière nous écrivions dans un de nos articles ces lignes par lesquelles nous terminerons aujourd'hui :

« Le moment actuel nous semble donc être le moment psychologique pour convoquer une nouvelle conférence. Nous sommes du reste profondément convaincu que, sans elle, la protection sanitaire du monde ne pourrait entrer dans sa phase vraiment scientifique et consciencieuse. Nous appelons donc de tous nos vœux cette nouvelle conférence, et nous souhaitons respectueusement que ce soit le gouvernement ottoman qui, dans son désir incontesté de protéger sanitairement l'Empire et l'Europe, en réclame au plus tôt la réunion. »

En attendant une nouvelle conférence internationale, nous pensons, avec M. Eugène Duchemin, que le gouvernement français pourrait éviter aux navires et à leurs passagers d'inutiles vexations, sous prétexte de mesures sanitaires, en embarquant en cours de route des médecins commissionnés, véritables fonctionnaires, totalement indépendants des Compagnies de navigation. Ces médecins auraient toute liberté pour observer durant quelques jours de traversée l'état sanitaire du navire, et pourraient à l'arrivée lui faire donner en toute connaissance de cause la libre pratique. Le commerce y gagnerait, les quarantaines ne seraient imposées qu'à bon escient et la fraude serait impossible. Les nombreux médecins sanitaires actuels trouveraient là une position ne dépendant pas du bon plaisir des Compagnies, ils pourraient sincèrement remplir leurs utiles fonctions et faire leur devoir sans craindre d'être renvoyés par la Compagnie qui les emploie. L'intérêt général n'aurait qu'à gagner à pareille réforme. J. Noir.

(1) *Progrès Médical* du 19 mai, page 317.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 28 mai 1900.

Mode d'action des sérums antileucocytaires sur la coagulation du sang.

M. Delezenne, d'après de nouvelles expériences, relatives à l'action anticoagulante des sérums antileucocytaires, peut établir que ces sérums agissent en mettant en liberté, dans le plasma sanguin, une substance possédant des propriétés anticoagulantes directes. Ces expériences ont démontré, d'autre part, que le foie prend une part importante sous la production de ce phénomène, car l'extirpation de cet organe supprime d'une façon complète les effets anticoagulants des injections de sérum antileucocytaire ; quand l'ablation est totale, on observe même le plus souvent une accélération très marquée de la coagulation. La suppression du foie permet donc aux sérums en

[illegible] comme *in vitro*, c'est-à-dire de [illegible] la prise du caillot. Ces recherches prouvent, en outre, d'une façon indiscutable, que le mode d'action des [illegible] sur la coagulation est le même que celui des peptones, et repose essentiellement sur la destruction des globules blancs. Quant au rôle du foie, il paraît possible à l'auteur de l'expliquer de la façon suivante : de deux substances antagonistes contenues dans le leucocyte et mises en liberté par sa désintégration, l'une de nature coagulante, serait retenue par la cellule hépatique, tandis que l'autre, restant en solution dans le plasma, assurerait la fluidité du sang extrait des vaisseaux.

Phisalix.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 9 juin 1900. — Présidence de M. Troisier.

La *zomothérapie* ou traitement de la tuberculose par la viande crue a fait les honneurs de la séance.

Zomothéraphie.

MM. Ch. Richet et Héricourt, à la Société de Biologie, le 2 et le 8 juin, ont déjà présenté des observations de chiens traités par la zomothéraphie et inoculés de tuberculose, *transportant cette question du domaine de la clinique dans celui de l'expérimentation.*

M. Laborde démontre que la viande crue est plus rapidement digérée que la viande cuite.

M. Bouchard, au nom des cliniciens, dit que cette méthode est employée depuis longtemps dans le traitement de la tuberculose, qu'elle fut employée méthodiquement, non comme le dit M. Richet, d'une façon sporadique. Pour lui, la clinique doit être la conséquence et le but des observations expérimentales. Les cliniciens avaient constaté que les hommes et les animaux carnivores étaient moins aptes que les autres à contracter la tuberculose, aussi avaient-ils conseillé de transformer les tuberculeux en carnivores. M. Richet dit encore que ce qui différencie l'expérimentation sur les animaux, c'est que ceux-ci sont tous inoculés. M. Bouchard affirme que tous les tuberculeux sont inoculés. Il ne critique pas les résultats obtenus, et croit qu'ils auront l'avantage d'appeler l'attention sur cette importante question : mais dans toutes ces expériences, il sera [illegible] de doser l'alimentation ordinaire des animaux expérimentés.

M. Chantemesse pense que la suralimentation dans les expériences indiquées joue un rôle important; il aurait fallu mesurer la quantité d'autres aliments ingérés. Peut-être la viande crue excite-t-elle l'appétit ?

M. Richet a constaté que les chiens ainsi nourris, mangent moins de leur pâtée qui était donnée en quantité égale aux témoins. Ce qui doit demeurer de l'expérience, c'est que les chiens nourris de viande crue ont guéri, les autres sont mort; les chiens sains nourris de viande crue n'ont pas contracté la tuberculose quand on les a inoculés.

A l'aide de puissantes presses il exprime le jus de la viande, ou bien il fait coaguler la viande et la dégéle ensuite, le suc ainsi obtenu contient tout le plasma musculaire. Ce n'est donc pas là un procédé de suralimentation, c'est un phénomène d'opothéraphie, soit qu'il y ait dans le tissu musculaire un principe qui s'oppose au développement de la tuberculose, soit que cette substance agisse sur le système nerveux en activant les phénomènes de [illegible].

Toxicité urinaire et [illegible].

M. [illegible]. — Pour apprécier la toxicité vraie de [illegible] récents ont cru éliminer la *toxicité* [illegible] l'urine par addition d'eau distillée [illegible] du sérum. L'élément principal de l'urine est l'urée, et l'urée fait exception aux lois de l'osmose. L'urée, dans une solution, se comporte vis-à-vis des globules rouges comme si elle n'existait pas, dans une solution isotonique d'urée, le globule rouge se gonfle puis abandonne sa matière colorante, exactement comme dans l'eau distillée.

Diurèse par les injections intra-vasculaires de solutions hypertoniques.

M. Balthazard. — En injectant une solution de glycose à 25 pour 100, qui produit la diurèse maxima, soit 40 centimètres cubes par kilogramme de lapin, l'urine émise a alors une concentration moléculaire très faible, moitié moindre que celle de l'urine normale du lapin. Par la cryoscopie, on constate que la quantité de molécules qui passent en vingt-quatre heures est supérieure à celui des molécules de l'urine normale dans l'ancien temps ; mais si on soustrait le glycose, on s'aperçoit que la dépuration urinaire a été moindre que les autres jours. L'injection intra-vasculaire de solutions hypertoniques a donc pour effet de soustraire à l'organisme beaucoup d'eau, mais très peu de matériaux solides organiques. Elles ont sur la dépuration urinaire une action très nuisible, et de plus altèrent les globules rouges ; leur action en thérapeutique, jusqu'à présent, n'est pas justifiée Dans le tissu cellulaire, ces injections ont une action aussi intense sur la diurèse, plus durable, sans action nocive sur les globules, et sans entraves sur la dépuration urinaire.

M. Hallion dit que ces actions ne sont pas exclusives aux solutions hypertoniques ; on les constate avec le sérum dit physiologique. Les expériences de MM. Dastre et Loye ne méritent pas le titre de lavage du sang et des tissus ; mécanisme qu'on emploie pour expliquer l'action très certaine des injections d'eau salée. La grande diurèse qu'elles provoquent s'accompagne d'un ralentissement passager sans l'élimination des substances dissoutes dans l'urine, le chlorure de sodium excepté.

Résorption du sang injecté dans la cavité péritonéale.

M. Lesage (d'Alfort). — Sur un chien anesthésié, au moyen d'une fistule du canal thoracique, et de la dénudation de la carotide, l'auteur injecte 200 grammes de sang carotidien dans la séreuse péritonéale de l'animal La lymphe du canal thoracique reste opalescente 3/4 d'heure, puis légèrement rosée; au bout d'une heure, elle est rouge.

Au microscope, on constate de nombreuses hématies libres et non altérées, pas de phagocytes. Au bout de 48 heures, chez les animaux sacrifiés, il y a de nombreuses hématies phagocytées.

D'où à la suite de l'hémorragie abondante, les globules rouges passent nombreux et libres dans le système lymphatique ; plus tard, les leucocytes sur une diapedèse active dans le péritoine, englobent les hématies retardataires et au bout de quelques jours, la séreuse péritonéale a repris sa couleur normale.

M. Arthaud (de Vevey) étudie la présence d'une substance glycogène dans le marron.

M. Laveran et M. Billet analysent un hématozoaire endoglobulaire du gecco.

E. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 12 juin 1900. — Présidence de M. Marey.

Le goitre en France.

M. Poncet communique un travail de M. Mayet sur la distribution géographique du goitre en France. (Voir page 370).

Résultats de 12 opérations de cure radicale pour hernie avec ectopie testiculaire, dont 6 cas d'ectopie double.

Outre cette statistique très intéressante avec résultats excellents, au point de vue de la hernie et de la conservation des fonctions génitales, M. Championnière présente un cas probablement unique de cryptorchidie abdominale vraie. L'opération faite il y a douze ans a eu pour suite

un développement remarquable de l'appareil génital. La fixation en pareil cas doit toujours être préférée à la castration. Celle-ci ne sera jamais employée qu'en dernière ressource.

Sérum anti-épilhéliomateux.

MM. HOTHMAN DE VILLIERS et WLAEFF ont obtenu en inoculant à des oies des levûres extraites de tumeurs cancéreuses, un sérum spécial. Ce sérum paraît avoir cicatrisé un épithélioma de la lèvre inférieure, et diminué l'adénopathie concomitante.

Traitement de la diarrhée des tuberculeux par la faradisation abdominale.

MM. DOUMER et RANCON ont obtenu des guérisons très rapides, en trois ou quatre séances, par la faradisation de la paroi abdominale.

Science et mariage.

M. PINARD présente le livre si éloquent et si original du Dr CAZALIS.

Les conclusions sont les suivantes :

« Obligation pour tous de se présenter avant le mariage à un examen médical, que ce soit la loi ou la coutume nouvelle qui l'exigent, comme on se présente à cet examen avant d'entrer dans l'armée, ou de s'assurer pour la vie. Puis obligation, morale tout au moins, pour tous, de se conformer à la décision médicale. Prophylaxie, lutte ardente et de chaque jour, sans repos comme sans faiblesse, contre les maladies, et d'abord contre les maladies héréditaires qui causent la dégénérescence de la race. Protection de la femme et de la race contre les tares et les contages graves, consciemment ou inconsciemment transmissibles. Pénalités possibles frappant les coupables de ces transmissions. Proposition au Parlement d'une loi dans ce sens. Mais, d'abord et surtout, obstacle apporté déjà à tant d'accidents, de catastrophes par la révélation faite à tous des responsabilités que presque tous ignorent, et que ferait connaître, par exemple, une note rédigée en ce sens par l'Académie de médecine et délivrée au mari en même temps que le livret de mariage. »

Le travail de M. Cazalis est renvoyé à une commission composée de MM. Besnier, Fournier et Pinard.

A.-F. PLICQUE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 juin 1900. — PRÉSIDENCE DE M. TROISIER.

Cure d'alimentation des tuberculeux à l'hôpital.

M. LETULLE donne les résultats de sa tentative de cure d'alimentation des tuberculeux à l'hôpital Boucicaut. Il a fait faire à ses malades six repas par jour aussi confortables que possible. Cette suralimentation jointe au repos, a amené assez rapidement l'engraissement des malades à quelque période de la tuberculose qu'ils se soient trouvés; mais cette augmentation de poids n'est que momentanée et si le malade ne va pas à la campagne, l'augmentation de poids s'arrête, puis le malade maigrit et la maladie évolue progressivement vers l'issue fatale. Les femmes bénéficient moins du traitement que les hommes, elles maigrissent presque toujours au moment des règles. M. Letulle pense qu'on ne peut soigner à l'hôpital, avec efficacité, les tuberculeux que pendant un court espace de temps, après lequel il faut envoyer le malade à la campagne.

M. RENDU confirme les résultats obtenus par M. Letulle. A Necker, il n'a pu obtenir un régime spécial pour ses tuberculeux; malgré cela, le repos et la tranquillité permettent aux phtisiques, à leur entrée à l'hôpital, d'augmenter de poids, puis au bout de quelques jours, envers et contre tous, ils n'augmentent plus, maigrissent. C'est à ce moment qu'il serait urgent de l'envoyer à la campagne. Aussi M. Rendu insiste de nouveau sur la nécessité d'avoir une maison de convalescence à la campagne pour ces malheureux.

Début brusque et sans prodromes de la fièvre typhoïde.

M. WIDAL a vu, dans plusieurs cas, la fièvre typhoïde commencer brutalement comme la grippe ou la pneumonie. Aucune complication n'expliquait ce genre de début et la maladie, le plus souvent, a suivi une marche normale. Dans un cas, le début brusque se manifesta d'emblée par des accidents pleuro-pulmonaires.

M. SEVESTRE a observé des cas assez fréquents de ce genre chez des enfants.

M. HIRTZ rappelle que Guéneau de Mussy avait signalé le début brutal de la fièvre typhoïde dès 1876. Il cite l'observation d'un infirmier qui, baignant la nuit les typhoïdiques, fut pris brusquement, il rapporte encore deux autres observations analogues.

M. VINCENT affirme que ce genre de début est assez fréquent chez les militaires; il l'a observé surtout à Alger. En général, le pronostic de la fièvre typhoïde n'est pas très grave dans ces cas.

M. PARMENTIER a vu un lycéen pris brusquement de fièvre typhoïde à la suite de fatigue physique à la chasse. La maladie suivit son cours normal.

M. MOUTARD-MARTIN, durant ses études médicales, a été atteint lui-même d'une fièvre typhoïde très grave à début brutal.

M. SIREDEY note, que non seulement le surmenage physique, mais le surmenage intellectuel, peuvent déterminer ce début brusque.

Cholécystite suppurée au cours de la fièvre typhoïde.

M. PARMENTIER a soigné, à l'hôpital, un malade atteint de dothiénentérie sérieuse. Au dix-neuvième jour, une douleur de la région hépatique à la palpation, survient avec irradiation du côté de l'épaule. La fièvre n'est pas très élevée (38°,5 le soir). Quelques jours plus tard, vingt-deuxième jour de la maladie, le ventre devient douloureux, surtout au niveau du point de Mac Burney. Un chirurgien diagnostique une appendicite, fait une laparotomie, ne trouve rien au niveau de l'appendicite. Une nouvelle incision permet de constater la cholécystite suppurée. Le pus s'écoule en abondance. L'état de l'opéré s'améliore, puis quelques jours après, le malade a une hémorragie intestinale et meurt. Cette cholécystite suppurée est assez rare et le plus souvent c'est une trouvaille d'autopsie.

M. WIDAL est persuadé de la grande difficulté du diagnostic de la cholécystite suppurée dans la fièvre typhoïde. Il signale un cas où une opération faite avec la conviction de trouver de la cholécystite, ne donna aucun résultat car on ne trouva aucune lésion. Il note le grand danger qu'il y a à faire une laparotomie chez un malade atteint de fièvre typhoïde.

J. N.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 13 juin 1900. — PRÉSIDENCE DE M. RICHELOT.

Nouveau procédé de rhinoplastie.

M. NÉLATON expose un nouveau procédé de rhinoplastie, qui présente l'immense avantage de se passer d'un corps étranger et qui permet d'avoir un squelette osseux, à la condition qu'il y ait au moins 6 mm. d'ogive, ce qui est presque toujours le cas.

Le lambeau cutané est pris sur le front et le squelette n'est autre que les os propres du nez, abaissés par deux incisions latérales.

Kystes hydatiques multiples.

M. MIGNON présente une observation de kyste hydatique de l'abdomen; opéré par une laparotomie médiane sous-ombilicale, la poche est asséchée et capitonnée incomplètement; après des incidents assez graves le deuxième jour, le malade guérit. Un mois après, M. Mignon voulant opérer à nouveau le malade pour un gros foie qu'il jugeait atteint de kyste hydatique, le malade mourut au moment de l'opération, tout au début, en poussant un cri. A l'autopsie on trouva une quantité considérable de kystes hydatiques dans le foie, le diaphragme, la rate, le poumon, les reins; il s'agissait donc d'une véritable échinococcose généralisée.

Tuberculose rénale.

M. Tuffier. — Il reste un seul point surtout en litige, à savoir, le cathétérisme de l'uretère est-il indispensable pour diagnostiquer la bilatéralité des lésions ? Non, répond M. Tuffier, et il apporte à l'appui de sa thèse ses observations, dans lesquelles un examen n'a pas été fait et l'on a pu diagnostiquer l'unilatéralité des lésions. De plus, elle n'est pas absolument inoffensive et il vaut mieux s'en passer si on n'en a pas besoin.

M. Routier pense que des règles spéciales sont inutiles en ce cas ; il est des cas faciles et des cas difficiles ; le cathétérisme des uretères n'est pas indispensable, mais il rend incontestablement des services ; en tout cas, jamais le cathétérisme ne lui a donné le moindre accident. Quant aux indications opératoires, M. Routier est, au début, moins radical que M. Albarran ; quand l'intervention est indiquée, M. Routier aime mieux la néphrectomie.

M. Ricard a fait quatre néphrectomies avec quatre succès. Dans un cas, spécialement intéressant d'ablation d'un rein manifestement tuberculeux, les hématuries continuèrent pendant trois semaines ; l'autre rein paraissait donc malade et paraît avoir guéri.

M. Albarran croit avec fermeté que lorsque le diagnostic de tuberculose rénale unilatérale est fait, il faut intervenir, car cette lésion n'est que le prélude d'une tuberculisation de l'appareil urinaire.

Quant au cathétérisme, s'il est vrai que dans certains cas la clinique suffit pour faire le diagnostic des lésions, il en est d'autres où aucun indice ne permet cette détermination des lésions, et alors vraiment, le cathétérisme est utile.

D'autre part, il résulte des dernières discussions à la Société médicale des hôpitaux que le bleu de méthylène ne renseigne que très imparfaitement sur l'état des reins. Schwartz.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 9 juin 1900. — Présidence de M. Richelot.

La séance est ouverte à 4 h. 20. Le procès-verbal de la dernière réunion est lu et adopté.

M. le Président annonce la mort de M. Masson, l'éditeur bien connu, membre honoraire ; la Société adresse à la famille ses sentiments de condoléance.

Correspondance imprimée. — Revues et journaux habituels. *Gazette médicale de Picardie.*

Correspondance manuscrite. — 1° Télégramme de M. Jullien s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ; 2° Lettre de M. Desnos, secrétaire général de la Société médico-chirurgicale de Paris, demandant quelle a été la décision de la Société relativement au projet de réceptions à offrir (au siège du Club médical) aux membres des différents congrès médicaux, de la province et de l'étranger. La Société de Médecine de Paris, ne pouvant s'inscrire en corps, laisse à chacun de ses membres l'initiative de son adhésion s'il juge à propos de l'envoyer à la Commission. Le secrétaire général est chargé de répondre dans ce sens à M. Desnos.

M. le Secrétaire général, au nom d'un groupe de collègues, propose pour l'année 1900, la suppression des séances pendant le mois de juillet, tant à cause de l'Exposition que des nombreux congrès qui auront lieu à cette époque. Cette proposition est adoptée à l'unanimité.

M. [illegible] lit son rapport sur la candidature de M. le Dr Roché au titulariat.

Messieurs,

M. le Dr Roché nous a lu, dans la dernière séance, un travail très intéressant sur les *Caries dentaires multiples, leur valeur diagnostique et pronostique en pathologie générale.* Notre confrère précise dans ce travail les données qui commencent à se faire jour en pathologie dentaire et qui tendent à rattacher de plus en plus l'évolution et les maladies des dents aux vicissitudes de l'état général. Non seulement, ce que nous savons déjà, la formation des dents, leurs altérations, leur mauvais développement, leur chute précoce, relèvent de certains états généraux, comme la mauvaise nutrition, la syphilis, le diabète, etc. Mais encore, les caries multiples seraient liées directement à celles de nos affections dans lesquelles la déminéralisation est la plus accentuée. Jusqu'ici, l'opinion la plus répandue est que la carie résulte d'une action chimique se produisant dans la bouche, soit au moyen de ferments acides formés par la salive, soit par des substances altérantes introduites dans la bouche. Ce n'est évidemment qu'un côté de la question. L'autre facteur, celui qu'introduit M. Roché, est le terrain sur lequel agissent ces agents de destruction, ouvrant ainsi des brèches à l'invasion microbienne, là où ils se trouvent une moindre résistance. C'est d'abord, l'apport insuffisant de sels minéraux chez l'enfant dont la mère a eu en le portant une grossesse difficile ; puis, chez celui dont la nutrition mal conduite a privé de la ration normale des mêmes principes. Enfin, il est des conditions physiologiques comme la grossesse et l'allaitement qui amènent chez la femme une déminéralisation très notable au profit du fœtus ou du nourrisson. Ces états, joints à toutes les maladies dans lesquelles on sait que l'organisme élimine en abondance ses phosphates et ses chlorures, comme la tuberculose, les fièvres, les fatigues cérébrales, le surmenage, etc., seraient très souvent la cause des caries qui apparaissent tout d'un coup en grand nombre.

Les idées de M. Roché sont tout à fait conformes aux principes de pathologie générale sur l'importance du terrain, dont nous reconnaissons tous les jours l'exactitude. Aussi, nous n'aurons aucune peine à accueillir sa théorie qui paraît apporter de très importants éclaircissements sur la pathogénie des caries. Mais, n'existe-t-il pas d'autres éléments qui nous échappent ? Car nous voyons tous les jours un nombre considérable de tuberculeux, de femmes enceintes, de nourrices et de convalescents, et sans que notre attention ait été spécialement portée sur l'état des dents, il nous semble que la proposition de ceux qui voient éclore des caries multiples au moment de leur déminéralisation est relativement restreinte. D'autre part, la carie est si répandue, même chez des sujets en pleine possession de leurs forces et dans les meilleures conditions de santé ! Il reste là plusieurs inconnues à découvrir. Quoi qu'il en soit, notre attention sera désormais utilement attirée vers ce point et le travail de M. Roché nous aura ouvert des horizons précieux.

Notre confrère apporte avec lui un bagage scientifique déjà important. En 1895, thèse inaugurale ; examen clinique et bactériologique de 137 cas de diphtérie de l'adulte. En 1898, les dents de lait ; époque de leur apparition et anomalies. Soins de la bouche et des dents dans les pensionnats et écoles. Le traitement médical du mal de dents. En 1899, du rôle du pharynx, de la bouche et du nez dans le mécanisme de la parole et du chant. De l'emploi de l'eau oxygénée comme antiseptique buccal. Nécessité de l'antiseptie buccale. Stomatite grippale.

Vous voyez par cette énumération que M. le Dr Roché est un travailleur, et votre commission estime que la Société de Médecine fera en lui une excellente recrue. Elle vous propose donc de l'admettre comme membre titulaire.

Les conclusions favorables de ce rapport sont adoptées ; le vote aura lieu dans la prochaine séance.

Discussion sur la soi-disant loi de Profeta. (Immunité congénitale à l'égard de la syphilis).

M. Antonelli. — Je voudrais d'abord dire un mot sur la réinfection chez les hérédo-syphilitiques, car cette question se rattache de près à la loi de Profeta; c'est ce que, du reste, M. Buret a bien fait ressortir dans son excellente analyse. L'immunité des hérédo-syphilitiques à l'égard des syphilomes éminemment infectieux existe, personne ne songerait à le contester; mais elle représente une loi qui, tout comme n'importe quelle loi clinique, exige des restrictions.

Pendant ces deux dernières années, dans le service de M. le Pr Fournier, il nous a été possible de recueillir plusieurs observations de syphilis récente, acquise à l'âge adulte (au-dessus de 20 ans) par des hérédo-syphilitiques avérés.

Mais la loi de Profeta ou de Behrend, suivant la revendication de M. Ogilvie, nous paraît mal énoncée à cause du mot *sains*, qualifiant des enfants nés de parents syphilitiques. D'enfants *sains*, issus de parents syphilitiques récents, il n'en existe pas; car, même lorsque ces enfants n'ont aucune manifestation tégumentaire, même lorsqu'ils sont en apparence superbes, des stigmates latents, des lésions rudimentaires du fond de l'œil, des manifestations tertiaires tardives, nous montrent que l'enfant n'a pas échappé à l'infection. Rien d'étonnant, alors, que cet enfant, *apparemment* sain, mais, en réalité vacciné contre la syphilis par la syphilis elle-même, puisse téter impunément à un mamelon portant un chancre induré.

D'enfants nés sains, tandis que la mère est en pleine évolution syphilitique, il n'en existe pas. A l'hôpital Saint-Louis — et j'en invoque le témoignage de M. le Dr Edmond Fournier — nous avons vu des enfants, assez beaux pour avoir obtenu des prix dans des concours de bébés, présenter, vers l'âge de 3 ans, des manifestations tertiaires corroborant la signification de stigmates ophtalmoscopiques, plus ou moins rudimentaires, préexistants. Le cas de Kœbner, du reste, que M. Ogilvie cite à côté d'autres, est particulièrement instructif à cet égard. Il faut noter, aussi, que chez le fœtus, de même que chez le nouveau-né, les localisations hérédo-syphilitiques des organes internes sont beaucoup plus fréquentes que les manifestations tégumentaires, et que si l'enfant a échappé à ces dernières, pendant les premiers mois de la vie extra-utérine, dans la grande majorité des cas il en reste indemne à jamais.

A signaler, enfin, dans le même ordre d'idées, le cas d'hérédo-syphilis avec mère soi-disant indemne, n'ayant présenté aucune manifestation, ni pendant ni après la grossesse. Combien de ces mères, considérées comme réfractaires à la contagion de la part du mari et de l'enfant, montrent plus tard, par des manifestations tertiaires ou par des états cachectiques, que l'imprégnation syphilitique avait eu lieu quand même!

En résumé, la loi de Profeta, au lieu d'être rangée parmi *les vues de l'esprit*, suivant les conclusions de M. Buret, mérite il nous semble, d'être considérée comme un corollaire, mal précisé il est vrai, des principes qui règlent l'immunité des hérédo-syphilitiques, à manifestations ou à stigmates latents, à l'égard des syphilomes tégumentaires les plus infectieux.

M. Buret. — En me servant de l'expression *vue de l'esprit*, relativement à la loi de Profeta, j'ai voulu dire qu'elle me paraissait purement théorique si l'on ne considère que les termes mêmes de cette loi, puisque, dans la pratique, les faits eux-mêmes se chargent de lui donner le démenti. M. Antonelli, appelant à son secours sa science ophtalmologique, essaie de tendre la perche à son compatriote, et, tout en reconnaissant que la loi de Profeta est mal formulée, il voudrait nous amener à la considérer comme un corollaire des principes qui règlent l'immunité des hérédo-syphilitiques. Mais, malheureusement pour la louable tentative de notre savant collègue, le problème est trop bien éclairci, grâce aux découvertes de M. Antonelli lui-même — je veux parler des stigmates ophtalmoscopiques rudimentaires, — pour que nous puissions nous laisser séduire. Remettons donc les choses au point et disons : 1° Les enfants nés de parents syphilitiques et sains en apparence qui échappent à la contagion, ne sont le plus souvent — M. Antonelli dit *toujours* — que des hérédo-syphilitiques à stigmates latents : ils ne peuvent présenter les différentes phases de la syphilis acquise puisqu'ils sont imprégnés du virus qui se manifestera tôt ou tard et d'une façon plus ou moins apparente; 2° les autres, ceux qui présentent des accidents visibles à l'œil nu, sont autant de preuves qui viennent infirmer la loi de Profeta. Or, comme « il n'existe pas d'enfants sains issus de parents syphilitiques récents », si nous avons bien compris les termes de la théorie formulée par M. Antonelli, nous sommes forcé d'en conclure que la loi de Profeta n'a pas une seule fois l'occasion d'être vérifiée. Le mot *immunité* n'a plus de raison d'être, puisque tous les produits, d'après M. Antonelli, naissent syphilitiques, tout au moins latents. Il n'y a donc plus de corollaire, pas même de *vue de l'esprit*, il n'y a plus rien.

En réalité, Profeta a eu le tort de généraliser et de conclure trop vite après avoir observé quelques cas paraissant lui donner raison; il n'aurait pas dû donner le nom pompeux de loi à une proposition qui ne devait être présentée que sous forme d'hypothèse. Il a été la dupe d'un mirage. Il est vrai qu'il ne pouvait deviner — il est prudent de prévoir — que M. Antonelli nous donnerait aujourd'hui la clef du problème. Toutefois, tout en rendant hommage à la sagacité de notre distingué collègue, je lui demanderai comment il explique — avec sa théorie absolue et fort séduisante, je l'avoue — que des enfants, nés d'une mère en pleine évolution syphilitique, comme dans le cas observé par M. Jullien, puissent contracter une syphilis classique à l'âge de 20 ans. M. Antonelli y verrait-il autant de cas de réinfection? Nous serions très désireux d'avoir son opinion sur ce point délicat.

M. Jullien étant absent, la question sera remise à l'ordre du jour de la prochaine séance.

M. Picqué lit une communication intitulée : **De l'influence des lésions du canal de l'urèthre dans la production de certains troubles mentaux.** (*Sera publié.*)

M. Guépin dit que les neurasthéniques urinaires ne sont en réalité que des urinaires devenus neurasthéniques et que la cause en est dans les troubles locaux.

M. Roubinovitch. — L'intérêt du cas de M. Picqué est double : d'une part, il prouve une fois de plus que les aliénés atteints d'affections chirurgicales, peuvent bénéficier de l'intervention opératoire au même titre que les individus sains d'esprit; d'autre part, il soulève un problème encore peu élucidé, celui du rôle de l'infection blennorrhagique dans la production des troubles mentaux. Quelle est la part de cette infection et celle de l'alcoolisme chronique dans le cas de M. Picqué? C'est ce que l'observation rapportée n'indique peut-être pas avec une netteté suffisante.

M. Richelot dit qu'il ne faut pas confondre l'état d'un homme ennuyé avec la vésanie mentale : les hommes bien équilibrés n'en viennent pas là pour une uréthrite ou une goutte militaire.

M. Picqué répond à M. Roubinovitch que son malade n'était, de par l'alcoolisme, qu'un affaibli au point de vue intellectuel : en réalité, c'était un mélancolique anxieux. Il est d'avis que l'état cérébral qu'on observe chez les blennorrhagiques est antérieur à l'infection gonococcienne; il faut un terrain cérébral antérieur, comme l'a très bien dit M. Richelot.

M. Suarez de Mendoza fait observer que, dans la blennorrhagie, il y a une obsession indéniable dont il faut tenir compte.

M. Guépin n'a pas voulu dire que la blennorrhagie créait la neurasthénie de toutes pièces, mais qu'elle exagérait la mélancolie existante.

M. Roubinovitch est d'avis que M. Picqué a rendu service à son malade en l'opérant de son rétrécissement. Les troubles psychiques sont en raison directe de la prédisposition antérieure et de la violence de l'affection blennorrhagique. Il a vu les accidents cérébraux aller jusqu'à l'encéphalite et la méningite. La prédisposition aux troubles nerveux et psychiques a des degrés, de même que l'infection blennorrhagique a une intensité variable. La production ou la non production des troubles mentaux sous l'influence de l'infection blennorrhagique, peuvent s'expliquer par les combinaisons diverses de ces deux éléments : prédisposition et infection.

M. SUAREZ DE MENDOZA offre à la Société le premier numéro d'un journal qu'il vient de fonder (*Archives de Médecine et de Chirurgie spéciales*).

Vote sur l'élection de M. le Dr E. Vidal. — M. Vidal ayant obtenu 17 voix sur 17 votants est nommé, à l'unanimité, membre titulaire.

La séance est levée à 5 h. 35.

Le Secrétaire général,
F. BURET.

Nouveau procédé sûr et rapide pour pratiquer l'ouverture totale ou partielle des cavités de l'oreille moyenne;

Par le Dr SUAREZ DE MENDOZA (de Paris).

On sait que la première idée de la trépanation de l'apophyse mastoïde appartient à l'anatomiste Jean Riolan, qui proposa en 1849 cette opération pour guérir la surdité consécutive à l'obstruction de la trompe d'Eustache. Pour la première fois cette opération fut pratiquée par J. L. Petit en 1750 pour une mastoïde suppurée, et bientôt après par Morand, pour la même cause. Les communications de Jasser, médecin suédois, qui pratiqua cette opération vers la même époque, non seulement pour tarir les suppurations, mais pour guérir la surdité, eurent un grand retentissement et éveillèrent des espérances trompeuses. Par suite de l'abus qu'on fit de cette opération et de quelques cas de mort qui en furent la conséquence, et surtout par suite de la mort de J. J. Berger, médecin du roi de Danemark (1791), qui, suivant le mot de Grüner, succomba « martyr de la perforation de l'apophyse mastoïde », il se produisit contre la trépanation une réaction imméritée, elle tomba dans un discrédit complet et resta oubliée pendant de longues années. C'est à Schwartze et à ses brillants élèves qui revient le mérite d'avoir remis en honneur cette opération. Cependant parmi les travaux parus au moment où le mouvement en avant commencait à peine à se dessiner en France, on doit citer la remarquable revue critique de notre éminent maître le professeur Duplay publiée en 1888, dans les archives générales de la médecine. Plus tard, vers 1889 Küster, von Bergmann, Zaufal et Stacke y apportèrent des modifications et perfectionnements qui nous ont conduit à la trépanation totale des cavités de l'oreille moyenne que nous faisons aujourd'hui. Qu'on fasse cette opération totale (antro-adito-atticotomie), qu'on fasse la simple opération de Schwarze (antrotomie), qu'on fasse l'opération de Stacke (atticotomie), le plus grand nombre de chirurgiens se servent exclusivement de la gouge et du maillet, et ce n'est qu'exceptionnellement qu'on emploie la fraise que nous avons conseillée depuis longtemps. Notre but n'est pas de revenir aujourd'hui sur les services que la fraise bien maniée peut rendre à l'opérateur. C'est sur les avantages qu'offre l'emploi de la scie tubulaire mue par le tour de White ou par le moteur électrique, dans les diverses interventions mastoïdiennes que je désire insister aujourd'hui. C'est en me servant de la fraise pour agrandir, préparer et nettoyer les cavités mises à nu par la gouge que je fus amené à me servir de la scie circulaire pour obtenir des sections nettes, rapides et précises dans la masse osseuse. Tous les opérateurs savent à quel point est délicat le temps opératoire qui a pour but de mettre largement en communication l'antre et l'attique en faisant sauter la paroi externe de l'aditus ad antrum. La crainte de blesser le facial, d'ouvrir la fosse cérébrale, de faire une échappée vers le labyrinthe, etc. etc.; fait que l'opérateur procède par petits coups craintifs qui prolongent démesurément l'opération. La même chose arrive lorsqu'il s'agit de faire sauter la paroi externe de l'attique.

En employant l'instrument que j'ai l'honneur de vous présenter et que j'appellerai, pour le moment, protecteur-trépan, on fait avec sûreté et célérité l'ablation de la paroi externe de l'aditus ad antrum et de l'attique. Et de même, le protecteur-trépan permet de supprimer avec célérité et sûreté tous les culs-de-sac limités par la corticale externe qui se produisent au cours de l'opération de l'évidement total de l'apophyse mastoïde, ainsi que d'agrandir la brèche cranienne lorsque, à la recherche des complications extra ou intradurales, la trépanation doit s'étendre sur le crâne.

Le protecteur-trépan résulte comme vous le voyez, de la combinaison du protecteur de Stacke avec la scie tubulaire que j'ai déjà décrite dans ma communication sur la cure radicale de l'obstruction nasale. La courbure du protecteur a été modifié de façon à ce qu'à l'extrémité protectrice fasse suite à une partie verticale longue de 5 centimètres, sur laquelle glisse la scie maintenue par une bague métallique suffisamment longue pour empêcher les mouvements latéraux de telle façon que la direction, la profondeur et l'étendue du trait de scie soient infailliblement limitées d'avance (1).

Voici maintenant la façon dont je procède pour faire l'ouverture totale des cavités de l'oreille moyenne. Après avoir fait sauter à la gouge ou à la fraise la corticale externe au lieu de l'élection et après avoir agrandi suffisamment la cavité du côté de l'aditus, j'introduis dans sa direction le bout protecteur du trépan et je l'insinue aussi loin que possible. En tenant solidement le protecteur par le manche, je fais agir la scie qui enlève en quelques secondes la rondelle osseuse, je retire alors l'instrument et après avoir débarrasé la scie de son contenu, j'introduis de nouveau le protecteur dans l'aditus pour recommencer un deuxième trait de scie et ainsi de suite. En procédant de la sorte, on arrive à l'attique dont on fait sauter la paroi externe, ainsi que la paroi supérieure du conduit aussi largement que besoin en est.

Lorsque pour une raison ou pour une autre, on aura commencé l'opération suivant le procédé de Stacke, le protecteur-trépan rendra les mêmes services en marchant dans le sens inverse. Finalement, lorsque le chirurgien voudra seulement enlever la paroi externe de l'attique, l'emploi du protecteur-trépan lui permettra de faire l'opération d'une façon plus précise, plus rapide et plus propre qu'en faisant usage de la gouge et du maillet et même de la fraise dont jusqu'à présent j'ai été un zélé partisan.

Il va de soi que je ne prétends pas substituer systématiquement l'emploi de la scie à celui de la gouge et du maillet. Loin de là. Ce que je tiens à faire constater c'est qu'en associant dans la chirurgie de l'oreille, ainsi que dans celle du nez et des sinus, ces divers instruments, gouge, fraise et protecteur-trépan, on diminue de beaucoup la durée de l'opération tout en la rendant plus facile, plus précise et plus sure.

(1) Le protecteur-trépan plus ou moins modifié rend aussi de grands services dans la chirurgie des fosses nasales et des sinus de la face.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — MM. les Drs Garrigou (de Toulouse), Gillot (d'Autun) et Horand (de Lyon), sont nommés officiers de l'Instruction publique. — M. le Dr J.-E. Marty (médecin militaire), est nommé officier d'Académie.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE.

Séance du 12 juin 1900. — PRÉSIDENCE DE M. SEVESTRE.

Infection bacillaire tuberculeuse chez un enfant.

MM. BARBIER et TOLLEMER. — Il s'agissait d'un enfant qui fut amené à l'hôpital, dans le service de M. Barbier, après 4 jours d'une maladie dont les principaux symptômes furent une fièvre intense, de la toux, de l'oppression et de la cyanose, et qui succomba, en dépit de tout ce que l'on put faire, moins de 12 heures après son entrée. Le diagnostic de l'interne de service avait été broncho-pneumonie. Le début des accidents ultérieurs avait été précédé, pendant trois semaines environ, d'une période de dépérissement croissant. Mis en suspicion par ce renseignement, ainsi que par diverses particularités cliniques du cas, à l'égard de la possibilité d'une fièvre infectieuse sans granulie, fièvre bacillaire prétuberculeuse de Landouzy, typho-bacillose, et poussé plus encore dans le sens de ce soupçon par la constatation, à l'autopsie, de lésions pulmonaires, nettement en rapport avec une terminaison fatale aussi rapide, M. Barbier se livra à une enquête minutieuse sur les antécédents du petit malade, et, avec le concours de M. Tollemer, compléta minutieusement l'autopsie par une étude microscopique très soignée des lésions constatées dans les divers organes et par inoculations sur des cobayes faites avec tous les soins requis, de liquide obtenu par trituration d'un des noyaux pulmonaires. Du côté du poumon, on n'avait constaté, avons-nous dit déjà, que des lésions de broncho-pneumonie disséminées, insuffisantes à expliquer la mort par asphyxie pulmonaire; il n'y avait pas la moindre lésion tuberculeuse appréciable dans les poumons ni dans les ganglions du hile.

La rate était hypertrophiée et présentait à la surface un semis de fines granulations rappelant, sous des proportions atténuées, l'aspect de la granulie. Le foie était dégénéré, et sa surface offrait un pareil semis de granulations d'apparence tuberculeuse embryonnaire. L'enquête anamnestique ne donna pas de résultats bien significatifs. Les parents sont bien portants : un frère de l'enfant est mort dans le marasme à la fin d'une broncho-pneumonie suspecte, qu'avait précédée aussi une période de dépérissement de quelque durée ; un autre est mort dans des conditions qu'on n'a pas pu préciser ; un troisième a succombé à des phénomènes de consomption ; les trois autres enfants sont vivants et bien portants. Quant à celui qui a fait le sujet de l'observation présente, il n'avait présenté, avant le début de sa maladie dernière, aucun symptôme quelconque d'infection tuberculeuse.

M. TOLLEMER prend la parole après M. Barbier pour traiter la partie micrographique et la partie bactériologique de la communication. Il n'a pu arriver à isoler le bacille de la tuberculose dans aucun des organes examinés, et sur les inoculations intra-péritonéales qu'il a faites sur des cobayes, une seule a donné un résultat positif avec chancre tuberculeux caractéristique au niveau de l'inoculation. Les lésions de broncho-pneumonie étaient impossible à disséminer de celles de la broncho-pneumonie banale. Quant aux granulations spléniques et hépatiques, elles étaient constituées par une infiltration nucléaire fort difficile à interpréter, soit dans le sens, soit à l'encontre de l'hypothèse d'une lésion imputable à la tuberculose.

M. MARFAN discute les détails de la conclusion de cette communication, et à l'encontre des présentateurs, il n'admet pas l'hypothèse d'une intoxication bacillaire sans lésions tuberculeuses caractérisées, d'une bacillhémie sans nodules et granulations tuberculeuses.

M. BARBIER réplique aux diverses objections qui lui sont faites, et affirme sa croyance à la typho-bacillose de Landouzy.

M. COMBY se limitant à un point de vue exclusivement clinique, et se basant sur les résultats de ses observations personnelles, met en doute la typho-bacillose, et considère que en cas où l'on pourrait l'admettre doivent être tout à fait exceptionnels.

M. GUINON résume très sommairement une communication tres spéciale de M. Fralich sur *une interprétation erronée des radiographies dans le traitement non sanglant de la luxation congénitale de la hanche.* Cette communication fera l'objet d'un rapport ultérieur.

M. ATHANATIN communique un travail basé sur un certain nombre d'observations personnelles, et intitulé : *Quelques cas d'angines ulcéro-membraneuses à bacilles fusiformes et à spirilles (forme de Vincent).* Ce travail est également renvoyé à une commission dont le rapporteur sera M. Tollemer.

Enfin, M. VARIOT présente deux enfants, les deux frères, l'un âgé de quinze ans, l'autre de treize ans et demi, qui sont tous deux atteints de maladie de Friedreich, avec symptômes beaucoup plus accentués chez le plus jeune.

Ch.-H. PETIT-VENDOL.

BIBLIOGRAPHIE

Handbuch der Ernahrungstherapie und diætetik ; herausgegeben von E. von LEYDEN (1), Ier vol., 2e part. et IIe vol., 1re part. (Leipzig, 1898, Verlag von Georg Thième.

Nous avons déjà présenté aux lecteurs du *Progrès Médical* (1er janvier 1898), le premier volume paru de cet important *Traité de thérapeutique alimentaire et diététique*, publié sous la direction de M. le Pr von Leyden. Aujourd'hui nous apportons, avec un léger retard imputable à l'éditeur, notre étude analytique de la deuxième et dernière partie du premier volume et de la première partie du deuxième.

En fait, nous en sommes au chapitre III, page 423, du premier volume, dû à M. Martin Mendelsohn, privat docent de Médecine interne à l'Université de Berlin. Il s'agit de la *technique et du confort de l'alimentation*, en appréciant l'état physique des aliments, leur température, leur consistance, leur volume, avec des détails intéressants et utiles. La deuxième partie de ce chapitre V est remplie de figures que nous retrouvons dans un récent ouvrage du même auteur, et qui représentent, d'une manière parfois banale, divers ustensiles ou appareils (fourneaux à pétrole, à gaz, à alcool, pour réchauffer les mets ou boissons ou les eaux minérales ; vases à faire bouillir le lait, à conserver la chaleur des mets ; machines à glace, à pulper la viande, à mesurer les mets et liquides ; tables de lit pour malades, lit, etc.), en un mot, tout ce qui peut servir à l'alimentation des malades.

Le chapitre IV (p. 490) est de Leube et traite de l'*alimentation artificielle* par la *sonde*, par le *rectum* et par la *peau*, avec les indications et le mode opératoire. Les *lavements nutritifs* donnent lieu à envisager la fonction de la muqueuse du gros intestin, surtout par rapport aux hydrates de carbone (sucre de raisin et amidon, sans omettre les clystères de caséinates (nutrose) de peptones et de pancréas, lait, œufs, etc. L'*alimentation sous-cutanée* est traitée avec quelques détails; l'auteur a eu maintes occasions d'apprécier la valeur des *injections d'huile*, jusqu'à 30 et 40 grammes, pas plus (p. 519). Dans le chapitre V, le Pr Hoffmann traite des *cures diététiques* en général.

Passons au deuxième volume de l'ouvrage de Leyden. La première partie que nous avons en mains est consacrée, comme le sera d'ailleurs la deuxième et dernière, à la *thérapeutique alimentaire spéciale* dans les différentes maladies. Ce sont d'abord les *affections de poitrine* où l'alimentation est exposée par Dettweiler, de main de maître, avec des considérations générales, peut-être parfois prolixes et purement théoriques, sur la tuberculose pulmonaire. On trouve (page 16) un tableau des mets et boissons usuels à Falkenstein, avec indication du poids (2), de la teneur en albumine, graisse et hydrates de carbone, avec le nombre de calories. Ce sont ensuite des régimes particuliers, admis aux sanatoriums de Ruppertshain et de Falkenstein, ou établis pour certains malades (p. 21). Naturellement, l'auteur

(1) Avec la collaboration de MM. Biedert, Boas, Dettweiler A. Ewald, Fürbringer, Hoffmann, Jolly, Kehr, F. et G. Klemperer, Leube, Liebreich, Mendelsohn, Minkowski, Moeller, Muller v. Noorden, Nothnagel, Oertel, Peiper, Peterson, Renvers Riegel, Rubner, Senator, Stadelmann, Winckel, Ziemssen.

(2) Correspondant à une cuillerée, une assiettée, un verre, une portion, etc.

[illegible] que des règles générales, et recommande la grande variété dans les aliments, etc., sans négliger l'autorité du médecin, la suggestion. Quant aux boissons, il faut éviter de diluer trop le suc gastrique ; 150 à 250 grammes de soupe suffisent ; peu ou pas d'eau ; un verre d'eau bicarbonatée, et mieux encore un ou deux verres de vin, dont la faible quantité d'alcool agit favorablement sur la sécrétion et la motilité gastrique. Les sueurs nocturnes, les vomissements, les hémorragies donnent lieu à indications alimentaires spéciales.

L'alimentation dans les *maladies de la gorge* est traitée par F. Klemperer ; dans les *maladies du cœur*, par Oertel et Henri Boch ; dans les *maladies nerveuses*, par F. Joly ; dans les *maladies de l'œsophage et de l'estomac*, par Riegel. Ce dernier assigne fort justement deux buts aux lavements nutritifs dans les affections de l'œsophage ; ou bien on se propose de mettre l'organe malade en condition nécessaire de guérison (processus inflammatoire ou ulcéreux) ; ou bien il s'agit de remplacer partiellement ou complètement l'alimentation par l'œsophage. Riegel condamne les lavements nutritifs avec des matières grasses, et recommande : blanc d'œuf et sel, ou mieux, *œuf peptonisé* (p. 175), sucre de raisin, etc. Les grands lavements avec un litre de lait (Adlor) sont mal supportés, même avec addition de bicarbonate de soude. L'alcarnose de Hiller (1) conviendrait bien, mais non la *nutrose* (p. 176). Nous passons bien des détails qui ont leur intérêt pour relire ce qui a trait aux maladies de l'estomac, où d'ailleurs on retrouve bien des redites : digestibilité des aliments, tables de Penzoldt et de Leube, température des mets et boissons, etc. Viennent ensuite des régimes avec superbe évaluation en calories, pour l'hyperchlorhydrie, l'hypersécrétion, insuffisance motrice, etc., etc. C'est le Pr A. Ewald qui s'est chargé des *maladies de l'intestin*, au point de vue alimentaire. C'est le premier Allemand autorisé qui n'abuse pas de l'évaluation des aliments en calories, et réduit cette conception à sa juste valeur. « Je ne puis m'empêcher de faire remarquer, écrit Ewald (p. 247), qu'aujourd'hui le procédé si commode qui consiste à changer les aliments en calories et à faire figurer celles-ci sur les schémas diététiques, m'apparait comme une parure (Aufputz) absolument inutile. » Par ailleurs, ce chapitre des affections de l'intestin par Ewald est absolument remarquable par les considérations claires, simples et pratiques qu'il renferme. Les *troubles fonctionnels de l'œsophage, estomac* et *intestin* ont été dévolus à Boas, qui sans être professeur, avait sa place marquée dans cet ouvrage, comme spécialiste éminent ; nous n'insistons pas, faute d'espace. Signalons, pour terminer, les deux derniers chapitres (alimentation dans les affections parasitaires, dans celles du foie) dus à MM. [illegible]esler et Peiper pour l'un, et au Dr Stadelmann pour l'autre.

En résumé nous ne pouvons que recommander le traité de thérapeutique alimentaire de Leyden, à ceux qui aiment à se renseigner personnellement par l'étude directe des textes.

Krankenpflege für Mediciner (2) ; par le Dr Martin MENDELSOHN. (Iena, 18[illegible]9, Verlag von Gustav Fischer.)

Ne cherchons pas à développer en français le sens que M. Mendelsohn a entendu donner au mot « Krankenpflege ». Disons de suite que ce travail de 416 pages pourrait être intitulé : instrumentation de la médecine interne, pour serrer de près l'appellation à laquelle a songé l'auteur lui-même : *Instrumentarium der inneren Medecin* (3). En effet, 368 figures, d'ailleurs très bien venues, exposent tous les ustensiles ou appareils utilisés à l'hôpital de la Charité (de Berlin), suivant [illegible] particulières. Celles-ci sont d'ailleurs [illegible] par chapitres, suivant qu'il s'agit de la nourriture du malade (chap. II), de l'asepsie interne (chap. III), de la douleur, du sommeil, de la température du corps, du cœur, de l'excrétion [illegible] ou urinaire de la sueur ; suivant qu'il s'agit de produire une action locale ou l'hémostase, etc. Ce livre peut, sans aucun doute, être utile aux étudiants et à toutes personnes préposées aux soins à donner aux malades sur prescriptions du médecin. Il dénote de la part de l'auteur un minutieux travail et de celle de l'éditeur beaucoup de soins. Mais nous croyons, sans d'ailleurs vouloir diminuer en rien la valeur de l'ouvrage, que c'est surtout aux étudiants allemands qu'il s'adresse, et tout à fait secondairement et à titre de simple curiosité aux médecins étrangers. Les idées et les méthodes sont à suivre et à imiter s'il y a lieu ; quant aux appareils destinés à prendre la température des malades ou à faire de la glace, etc., il importe moins, et en principe, qu'ils soient d'une forme ou d'une autre. Cette petite réserve étant faite, nous nous plaisons à reconnaître que l'ouvrage de M. Mendelsohn, comme tout ce qui est de la littérature médicale allemande, nous a vivement intéressé. Paul CORNET.

(1) Mélange d'albumose, dextrine, maltose, substances extractives et sels.

(2) Soins à donner aux malades, pour étudiants en médecine.

(3) Préface, page VI.

Manuel polyglotte ; par G. MAURIN. Strauss, 5, rue du Croissant, et Maurin, 71, rue de Rennes.

Ce petit opuscule condense en trente-deux pages les questions principales qu'un voyageur peut avoir à poser, et cela en neuf langues : français, anglais, russe, espagnol, danois, italien, hollandais, allemand et portugais. En temps d'Exposition, ce manuel est le fil d'Ariane de la tour de Babel qu'est devenu pour quelque mois Paris. Et outre l'intérêt pratique d'un pareil opuscule, il se double d'un intérêt philologique non certes pour les savants, mais pour les lecteurs sans prétention, qui sur une même page pourront comparer en un clin d'œil la même phrase en neuf langues différentes.

Neuf langues pour dix sous ! Comment ne pas prédire au *Manuel polyglotte* une brillant succès. N.

De l'intervention dans l'appendicite aiguë ; par le Dr MANSELL-MOUILLIN. (In *Edinburgh Medical Journal.*)

L'auteur fait un plaidoyer en faveur de l'intervention hâtive dans les cas d'inflammation aiguë de l'appendice. D'après lui, l'intervention ne doit pas seulement être précoce, elle doit être préventive, c'est-à-dire être pratiquée dès que l'appendice présente des signes d'inflammation, avant l'apparition de lésions de voisinage. Cette manière de faire aurait de grands avantages.

Elle aurait pour principal résultat de diminuer la mortalité de l'appendicite, qui est encore plus élevée qu'elle ne devrait l'être.

En effet, au début d'une inflammation de l'appendice, il est impossible de prévoir qu'elle en sera l'évolution.

L'appendice va-t-il se gangréner, se perforer et donner lieu à une péritonite généralisée ou partielle ?

Parfois, même quand le contenu de l'appendice est très septique, on peut voir éclater des accidents de septicémie mortelle, sans qu'il y ait perforation, par simple absorption.

Une intervention, faite à temps, serait donc le seul moyen de prévenir les accidents graves, qu'il est souvent impossible de guérir par une intervention dite précoce, mais, en réalité, trop tardive. P. RELLAY.

Les adénopathies tuberculeuses chirugicales ; par le Dr Gaston BOUVET (Steinheil, éditeur).

L'auteur envisage spécialement le côté pathologique et quelques points de diagnostic. Cette étude est basée sur des expériences et des examens histologiques.

Annuaire de l'Académie royale des sciences, des lettres et des beaux-arts de Belgique (1900, soixante-sixième année). Bruxelles, Librairie Hayez.

Ce volume renferme une série de notices biographiques illustrées, avec portraits sur un certain nombre de membres des différentes sections de l'Académie royale de Belgique. Signalons en particulier, la très intéressante notice sur Gottlieb-Gluge, par C. Vanlair et celle du Dr E. Candèze.

Ueber ankylosirende entzündung der Wirbelsæule und der grossen Extremitætengeleuke ; par Pr-Dr BECHTEREW (de St-Petersbourg). (Leipsig, Verlag von F.-C.W. Vogel, 18[illegible].)

On the Difficulty of Differentrating between femoral Anevresm and osteosarcoma. — By Carl BECK (New-York). Reprinted from International Clinics. Vol. IV. Ninth series.

CONGRÈS INTERNATIONAUX

Congrès international d'Électrologie et de Radiologie médicales.

La Commission d'organisation a l'honneur d'informer les adhérents au Congrès international d'Électrologie et de Radiologie médicales, qu'il leur est accordé une réduction de 50 0/0 sur les réseaux français suivants : Ouest, Nord, Est, Paris-Lyon-Méditerranée, Orléans et État, et une réduction variant, suivant le trajet parcouru, de 30 à 50 0/0 sur tout le réseau italien. Les adhérents qui désirent profiter de ces mesures de faveur doivent en informer le Secrétaire général, M. Doumer, 57, rue Nicolas-Leblanc, à Lille, avant le 1er juillet 1900. Elle les informe également que les cartes de membre adhérent leur donneront droit à l'entrée gratuite à l'Exposition pendant toute la durée de la session.

Réceptions en l'honneur des médecins étrangers.

A l'instigation de la Société médico-chirurgicale une commission, formée de représentants des diverses sociétés médicales de Paris, s'est réunie et a adopté le projet suivant :

1° Une ou plusieurs réceptions, suivant les ressources disponibles, auront lieu au Club médical pendant la durée des Congrès médicaux (25 juillet - 18 août). — 2° Ces réceptions auront lieu sur invitations faites par les Sociétés médicales et comprenant soit tout les membres des Congrès, soit seulement un certain nombre d'entre eux ; dans ce dernier cas, les invitations pourraient comprendre : *a)* les correspondants des Sociétés ; *b)* les membres des bureaux des Sociétés provinciales et étrangères ; *c)* des invités personnellement désignés par les membres des Sociétés. — 3° Les frais de ces réceptions seront couverts par une cotisation de 5 francs par membre des Sociétés médicales. Tous les membre d'une Société qui aura adhéré au projet ne seront pas tenus de payer cette cotisation. Chacun des membres qui l'aura acquittée recevra une lettre d'invitation ou une carte qui lui donnera le droit d'assister à toutes les fêtes et réceptions, organisées par les Sociétés médicales pendant la durée des Congrès, et d'y amener un ou plusieurs invités non parisiens. La caisse des Sociétés pourra, bien entendu, intervenir et payer tout ou partie de la cotisation réclamée a ses membres. — 4° En outre, il sera établi, au Club médical, un comité permanent qui se tiendra à la disposition des congressistes pour tous les renseignements concernant la profession médicale, ainsi que pour les logements et renseignements généraux.

Dans les locaux du Club médical sera affiché la liste des Sociétés adhérentes avec mention des membres de leur Bureau et l'ordre du jour de prochaine séance ; les annuaires des Sociétés seront également déposés au Club et tenus à la disposition des étrangers.

VARIA

Concours pour les places de médecins-adjoints des asiles d'aliénés.

Le concours pour l'admission à l'emploi de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés de la *Région de Paris*, s'est terminé le samedi 9 juin. Dans la séance publique où ont été proclamé les résultats, M. le Dr Albert Regnard, inspecteur général des Établissements de bienfaisance, président du jury, a déclaré que ;

« Vu la superiorité éclatante absolument exceptionnelle du présent concours ; prenant en considération le vœu unanime et pressant des membres du jury ; vu la nécessité de maintenir à ce concours régional le privilège de la plus rigoureuse équité ; considérant que tous les candidats ont fait preuve de qualités remarquables, au double point de vue théorique et pratique, il croyait devoir présenter à M. le Président du Conseil, Ministre de l'Interieur, pour être nommes a l'emploi de médecin-adjoint des Asiles de la Région de Paris, au fur et à mesure des vacances qui se produiront, les candidats suivants, tous reconnus admissibles par le jury, savoir :

En première ligne, *ex-æquo* : MM. Manheimer et Truelle, (84 points) ; en deuxième ligne, M. Ilide (81) ; en troisième ligne, M. Pochon (78) ; en quatrième ligne (*ex-æquo*) : MM. Castin, Marchand, Wahl (76) ; en cinquième ligne, M. Ameline (72) ; la question écrite, était : *Le Lobe frontal*

Rappelons que le jury se composait, outre le Président délégué par le Ministre, de M. le Pr Joffroy, MM. les Drs Magnan, Vallon et Blin ; Homery, suppléant.

Le concours de la région de Lille, brillant aussi, s'est terminé par la nomination de :

En première ligne, M. Raviard ; en deuxième ligne, M. Brunet ; en troisième ligne, *ex-æquo* : MM. Rodiet et Ricoux ; la question écrite était : *Portion cervicale du grand sympatique.*

L'œuvre philanthropique du lait.

La mortalité, chaque jour croissante, des nourrissons allaités au biberon, avait ému, à juste titre, le Conseil municipal de Paris. En 1897, une Commission fut instituée dans le but d'examinar les mesures prophylactiques de la diarrhée infantile, et de proposer une réglementation pour la vente du lait à Paris. Cette « Commission pour l'étude du lait », nomma rapporteur M. le Pr Budin, et le *Bulletin municipal* publia un remarquable rapport (1898), où le savant professeur insistait : 1° Sur la nécessité de remplacer par du *lait stérilisé* le lait cru ou insuffisamment bouilli dont on alimente généralement les nourrissons allaités au biberon ; 2° sur l'opportunité de distribuer gratuitement, ou à pris très réduit, du lait de bonne qualité, frais ou stérilisé, aux nourrissons, aux malades et aux vieillards qui manquent de ressources.

Depuis, l'Assistance publique a autorisé M. Budin à créer successivement trois consultations de nourrissons : à la Charité d'abord, puis à la Maternité et à la clinique Tarnier.

L'initiative privée, de son côté, a créé quelques consultations de nourrissons dans des dispensaires et dans des crèches, avec distributions gratuites de lait stérilisé. (Dispensaire de Belleville, Dr Variot ; hôpital Tenon, Dr Boissard ; Polyclinique H. de Rothschild, Dr H. de Rothschild ; dispensaire de la rue Lantier, Dr Dubrisay, etc.). Enfin le Conseil général de la Seine a voté la création de cinq consultations spéciales de nourrissons, ce qui porte à neuf le nombre actuel de ces consultations. Si l'on songe que l'on consomme à Paris plus de 650.000 litres de lait par jour, l'on peut juger de l'insuffisance de ces distributions gratuites. Pour y remédier et sauver de la mort un plus grand nombre de bébés, trop menacés par le choléra infantile, une œuvre appelée à rendre les plus grands services, l'*Œuvre philanthropique du Lait* a été instituée.

Créée dans le but de procurer à la classe ouvrière et aux indigents du lait irréprochable, soit à l'état frais, soit stérilisé, à des prix réduits ou même gratuitement, pour organiser cette œuvre il fallait à la fois se procurer du lait de première qualité, garanti pur et non écrémé ; agencer des locaux spéciaux dans les quartiers populeux et recruter un personnel de confiance pour y distribuer le lait. Une société laitière de Paris a bien voulu s'engager à fournir du lait à l'*Œuvre philanthropique du Lait*, dans les mêmes conditions de pureté et de qualité qu'à l'Assistance publique et au même prix. C'est ainsi qu'elle doit livrer du lait frais titrant 38 grammes de beurre par litre et du lait stérilisé réparti dans des flacons de 60, 100, 150, 500 et 1.000 grammes, portant la date de la stérilisation. Le lait doit être livré chaque jour avant 5 heures du matin dans les dépôts de l'Œuvre.

L'Œuvre possède, à l'heure actuelle, six dépôts situés dans les quartiers les plus populeux et les plus pauvres de la capitale : le dépôt A : 17, rue de l'Arc-de-Triomphe, XVIIe arrondissement ; le dépot B : 19, rue de Suez, XVIIIe arrondissement ; le dépot C : 27, rue des Trois-Frères, XVIIIe arrondissement ; le dépôt D : 199, rue Saint-Maur, Xe arrondissement, le dépot E : 182, avenue Daumesnil, XIIe arrondissement, le dépôt F : 55, rue Ramponeau, XXe arrondissement. Deux nouveaux dépots se sont ouverts au mois de juillet, l'un le dépot G : rue des Écouffes, IVe arrondissement ; l'autre le dépot H : 148 rue Saint-Charles, XVe arrondissement. Chacun de ces dépôts est géré par une femme spécialement appointée aidée d'une femme de journée. Les dépôts sont ouverts de 5 heures

à 10 heures du matin en été, et de 6 heures à 10 heures en hiver. Le lait frais est vendu, à toute personne qui se présente, à raison de 0 fr. 25 le litre. Le lait stérilisé n'est délivré qu'aux personnes de la classe ouvrière et aux indigents ; à ces derniers, le lait stérilisé est vendu 0 fr. 05 le flacon de 60 grammes; 0 fr. 10 le flacon de 100 et de 150 grammes; 0 fr. 20 le flacon de 500 grammes (demi-litre) et 0 fr. 40 le litre; mais il n'est délivré qu'après enquête. Les personnes qui désirent acheter du lait stérilisé doivent se procurer dans un des dépôts une demande toute imprimée et l'adresser à la direction de l'*Œuvre philanthropique du Lait* (1). Cette demande a pour but de les autoriser à acheter le lait à prix réduit. L'administration de l'Œuvre se réserve ainsi le droit de procéder à une enquête sur la situation de l'intéressé, et ce n'est que lorsque les renseignements sont favorables que l'autorisation est accordée. Les gérantes des dépôts ont entre les mains la liste des personnes autorisées à se procurer du lait stérilisé, et elles ne doivent en délivrer qu'à celles-là. On peut ainsi, dans une certaine mesure, éviter les abus.

L'œuvre philantropique du Lait fait également des distributions gratuites et demi-gratuites de lait frais et de lait stérilisé aux personnes qui se trouvent dans l'impossibilité de payer les prix, même très modiques, que nous avons indiqués. Ces bons sont destinés aux personnes charitables, aux Sociétés philanthropiques, aux dispensaires, aux crèches qui les achètent et en font la répartion parmi leur clientèle d'indigents. Naturellement l'Œuvre fait elle-même une large distribution de bons aux indigents qui s'adressent directement à elle.

Le lait est échangé contre les bons dans les dépôts de l'Œuvre. Mais étant donné le nombre encore restreint de ces derniers, l'éloignement possible des bénéficiaires de bons et la difficulté de s'approvisionner dans les dépôts, l'Œuvre a pris des mesures pour faire livrer directement le lait stérilisé à domicile.

Ainsi, les femmes nécessiteuses peuvent recevoir chez elles, dans les quarante-huit heures qui suivent leur demande, le lait stérilisé dont elles ont besoin sans avoir à quitter leur domicile et leurs enfants, sans être obligées d'aller souvent fort loin chercher leur provision de lait. En plus des bons gratuits, on a créé des bons demi-gratuits qui permettent aux bienfaiteurs de payer la moitié du prix du lait ; l'autre moitié devant être payée par les bénéficiaires ; ces bons s'adressent à cette catégorie de nécessiteux qu'il suffit d'aider et non de secourir complètement.

Ainsi comprise, l'Œuvre philanthropique du lait lorsqu'elle aura multiplié ses dépôts, rendra à la population parisienne les plus grands services. La méthode qui a présidé à son organisation, le système du lait stérilisé à prix réduit, des bons gratuits et semi-gratuits, de la distribution à domicile, font le plus grand honneur à l'esprit philanthropique de ceux qui dirigent cette belle institution. Ce ne sont pas de ces braves gens à charité aveugle dont les bons sentiments excluent l'intelligence et qui, gaspillant beaucoup, n'arrivent à aucun résultat.

Les promoteurs de l'Œuvre du Lait savent avec quelle délicatesse on doit progressivement substituer au secours l'aumone, ils reconnaissent que la gratuité absolue est souvent dégradante et démoralisante, que d'autre part, il faut donner avec intelligence et ne pas obliger, à l'exemple de certains dépôts officiels, les mères indigentes à faire chaque jour une longue course pour obtenir gratuitement du lait qu'elles paient en fait par la perte de leur temps et l'interruption de leurs travaux.

Nous souhaitons grand succès à l'Œuvre philanthropique du lait qui en voulant faire le bien est parvenu, ce qui est plus difficile, à le bien faire. J. N.

Duel entre médecins.

Une vive altercation a eu lieu au Club médical entre M. Pozzi, sénateur, et M. Devillers, médecin et ami de M. Deroulède, au sujet du procès de la Haute-Cour. M. Devillers, après quelques écarts de langage, jeta un de ses gants au visage de M. Pozzi. Ce dernier envoya à M. Devillers deux de ses amis MM. Ranc et Berardi, pour demander une réparation par les armes. M. Devillers désigna comme témoins MM. Dumonteil et Beauvois-Devaux.

MM. Ranc et Gaston Berardi soulevèrent tout d'abord une question préjudicielle. Le Dr Devillers avait insulté le Dr Pozzi à cause de son vote à la Haute-Cour condamnant Déroulède ; ils firent remarquer que le Dr Pozzi n'avait pas assisté à toutes les séances de la Haute-Cour, par suite de maladie, n'avait pas pris part au vote. Après avoir fait part au Dr Devillers de cette observation, MM. Dumonteil et Beauvois-Devaux ont déclaré, au nom de leur client, que celui-ci maintenait ce qu'il avait dit, incriminant « l'attitude générale » du Dr Pozzi au Sénat. Une rencontre a été, dès lors, jugée inévitable. D'après le *Temps*, le Dr Pozzi, offensé, avait le choix des armes. Bien que son adversaire, élève des frères Rouleau, jouît d'une réputation d'escrimeur bien entraîné, et que lui-même ne fasse pas d'escrime, M. Pozzi a choisi l'épée, ayant pris seulement deux leçons de terrain chez Baudry. La rencontre a eu lieu aux environs de Louveciennes. M. Pozzi a été blessé très légèrement à la main, la pointe de l'épée ayant pénétré dans un espace interosseux. Les deux adversaires se sont réconciliés sur le terrain.

Malgré cette solution, le Parquet a décidé d'intenter des poursuites au Dr Devillers, en application des articles 222 et 223 du Code pénal qui punit ceux qui ont insulté ou menacé des magistrats ou des jurés durant l'exercice de leurs fonctions ou à propos de ces mêmes fonctions.

M. le sénateur Pozzi, à la fois magistrat et juré comme membre de la Haute-Cour, a eu la généreuse courtoisie de faire une démarche au Ministère de la Justice pour arrêter les poursuites intentées à son récent adversaire.

Les Épidémies.

La Peste.

On nous écrit de Smyrne :

La quarantaine de 48 *heures* imposée à notre ville à la suite d'un premier cas suspect, avait été levée. Mais à la suite d'un nouveau cas suspect, notre ville est mise à *cinq jours* de quarantaine depuis le 28 mai. Je ne crois pas que le Dr Nicolle ait affirmé *catégoriquement* que le premier cas de Smyrne n'était pas suspect. B. N.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

LUNDI 18. — 1er *de Doctorat* : MM. Gley, Retterer, Sébileau. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie (1re *série*) : MM. Lannelongue, Kirmisson, Legueu. — (2e *série*) : MM. Delens, Poirier, Mauclaire. — (2e *partie*) : MM. Brissaud, Gaucher, Launois. — (1re *partie*) (1re *série*). Chirurgie : MM. Tillaux, Tuffier, Delbet. — (2e *série*) : MM. Terrier, Lejars, Walther. — (2e *partie*) : MM. Fournier, Dejerine, Teissier. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Pinard, Varnier, Lepage.

MARDI 19. — 3e *de Doctorat* (2e *partie*). Nouveau régime : MM. Chantemesse, Hanriot, Ménétrier. — 1er *de Doctorat* : MM. Rémy, Thiery, Retterer. — 3e *de Doctorat*. Oral. (1re *partie*) : Nouveau régime. — MM. Quénu, Nélaton, Poirier. — (2e *partie*). Nouveau régime : MM. Dieulafoy, Brissaud, [illegible]. [illegible] Achard, Thiroloix. — 4e *de Doctorat*. MM. [illegible], [illegible] Langlois. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*) (1re *série*). Chirurgie : MM. Guyon, Schwartz, Faure. — (2e *série*) : MM. Berger, [illegible] Albarran. — (2e *partie*) : MM. Jaccoud, Raymond, Chauffard. — (1re *partie*). Obstetrique : MM. Budin, Bonnaire, Wallich.

MERCREDI 20. — 3e *de Doctorat*. Oral (1re *partie*) : MM. Lannelongue, Poirier, Varnier. — (2e *partie*) : MM. Joffroy, [illegible] Launois. — 2e *de Chirurgien-dentiste* : MM. [illegible] André. — 5e *de Doctorat* : MM. Delens, Kirmisson, [illegible]. — (2e *série*) : MM. Tuffier, Jalaguier, Broca (Aug.).

JEUDI 21. — 1er *de Doctorat* : MM. Rémy, [illegible]. — 2e *de Doctorat*. Oral (1re *partie*) : MM. [illegible], Gley, Launois. — 3e *de Doctorat*. Oral. (1re *partie*). Nouveau régime : MM. Budin, Brun, Thiery. — (1re *série*) : MM. [illegible], Nélaton, Wallich. — (2e *série*) : MM. Guyon, [illegible]. — (2e *partie*). Nouveau régime : MM. [illegible] Dupré. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, [illegible].

VENDREDI 22. — 1er *de Doctorat* : MM. [illegible], Retterer. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Hanriot, Gley, [illegible]. — 2e *de Chirurgien-dentiste* : MM. Pouchet, [illegible]. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. [illegible], Broca (Aug.). — (2e *partie*) (1re *série*) : MM. [illegible], Widal, Teissier. — (2e *série*) : MM. Hayem, Landouzy, Thoinot. —

(1) 23, rue Cambacérès.

(1re *partie*). Chirurgie : MM. Mauclaire, Delbet, Walther. — (2e *partie*) : MM. Brissaud, Déjerine, Gaucher. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Pinard, Varnier, Lepage.

SAMEDI 23. — 3e *de Doctorat*. Oral (2e *partie*). Nouveau régime : MM. Cornil, Blanchard, Achard. — (2e *partie*) : MM. Dieulafoy, Vaquez, Dupré. — 2e *de Chirurgien-dentiste* (1re *série*) : MM. Quénu, Marfan, André. — (2e *série*) : MM. Pouchet, Thiéry, Thiroloix. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*) (1re *série*). Chirurgie : MM. Schwartz, Poirier, Albarran. — 2e *série* ; MM. Nélaton, Brun, Faure. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Budin, Bonnaire, Wallich.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

MERCREDI 20. — M. Siot. Contribution à l'étude du pouls lent permanent. — M. Sineau. Quelques réflexions sur la pathogénie de l'ulcère de l'estomac. — M. Mercier. La sphygnamométrie. — M. Lopez. Du rêve toxique et toxi-infectieux. — M. Pucciarelli. Abcès périnéphrétiques d'origine intestinale. — M. Blondel. Contribution à l'étude des kystes de l'iris. — M. Arloing. De l'intervention chirurgicale dans les fractures transversales récentes de la rotule. — M. Colin. Etude sur les tumeurs d'origine sudoripare. — M. Maurage. Du bain quotidien chez les nouveau-nés. Etude de la chute du cordon ombilical. — M. Hermann. De la cellule nerveuse normale et de son anatomie pathologique. — M. Durey, Etudes sur l'œuvre de Paracelse, médecin hermétiste, astrologue, alchimiste et sur quelques autres médecins hermétistes.

JEUDI 21. — M. Comte. Des paralysies pseudo-bulbaires. — M. Menuisier. La contagion de la tuberculose par les appartements. — M. Castille. Critique médico-légale de la mort subite par le rein. — Mme Phisalix. Recherches embryologiques, histologiques et physiologiques sur les glandes à venin de la salamande terrestre. — M. Santiard. Etude de l'aire de projection du cœur sur la paroi thoracique par la radioscopie. — M. Clerc. De la gastroplication. Contribution au traitement chirurgical de la dilatation de l'estomac. — M. Coste. Contribution à l'étude de l'hémophilie hématome. — M. Letort. Alimentation des nourrissons et gastro-entérites (étude critique). — M. Beyraud. Les terreurs nocturnes de l'enfant. — M. Coustensoux. Etude sur la métamérie du système nerveux et les localisations métamériques. — M. Herber. Caractères de l'évolution clinique et symptômes de la gomme cérébrale circonscrite.

VENDREDI 22. — M. Zvibel. Traitement des fibromes utérins par l'énucléation abdominale. — M. Regnault. Du traitement des ulcères des jambes par la compression et l'appareil silicaté. — M. Gougis. Traitement de certaines formes de coxalgies par la résection aseptique atypique de la hanche.

NÉCROLOGIE

M. le Dr E. CADET DE GASSICOURT de l'Académie de Médecine.

M. le Dr Ernest CADET DE GASSICOURT, dont nous avons le vif regret d'annoncer la mort, était né à Paris en 1826. Fils d'un pharmacien des plus distingués, et dont le nom était fort estimé des chimistes et des savants, M. E. Cadet de Gassicourt fit de brillantes études secondaires, fut lauréat du Concours général et entra à la Faculté de médecine. Interne des hôpitaux en 1852, il devint docteur en 1857 et médecin des hôpitaux en 1863. Il se consacra dès lors à la pédiatrie et dès 1873 fut attaché à l'hôpital Trousseau. Fondateur de la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, il publia en 1884 le *traité clinique des maladies de l'enfance* qui ne tarda pas à être réédité. Chevalier de la Légion d'honneur, membre de l'Académie de médecine en 1890, il fut à partir de 1892 secrétaire annuel de la savante Société.

Aimé de tous, Cadet de Gassicourt inspirait à ses élèves et à ses malades, la plus vive des sympathies. Son nom enrichira la liste des médecins qui laisseront un souvenir durable tant à cause de leur haute valeur scientifique que pour leur inaltérable bonté.

Voici les principaux titres scientifiques de Cadet de Gassicourt :

Sur la rupture des kystes hydatiques du foie, thèse de doct. 1856. — De l'emploi du sulfate d'ésérine dans la chorée (*Journ. de Thérap.*). — Etude comparative du chlorate de potasse, du cubèbe et du salicylate de soude dans le traitement de la diphtérie (*Bull. de la Soc. de Thérap.*). — Du traitement de la teigne tondante par l'huile de croton (*Ibid.*). — De l'hémophilie (*France méd.*). — De la laryngite pseudo-membraneuse secondaire (*Ibid.*). — Du croup dit chronique (*Gaz. hebd.*). — Broncho-pneumonie (*Progrès Méd.*). — Broncho-pneumonie simulant la pneumonie franche avec convulsions cloniques et contractures (*Gaz. Méd.* 1879). — Affection congénitale du cœur compliquée de lésions développées après la naissance (*Rev. mens. des maladies de l'enf.* 1833). — Contribution à l'étude de l'albuminerie diphthérique (*id.* 1884). — Contribution à l'étude de localisations cérébrales, en collaboration avec le Dr Abadie (*id.* 1883).

Maladies à symptômes obscurs et trompeurs. — Broncho-pneumonie pseudo-lobaire suraiguë, avec symptômes méningitiques, simulant au début une méningite, et plus tard une pneumonie lobaire à forme cérébrale (*id.*, 1885). — De la chorée paralytique (*Bull. de la Soc. médico-pratique*). — Traité clinique des maladies de l'enfance, en 3 vol. — Quatre cas de diagnostic difficiles (*Bull. de la Soc. méd. pratiq.*, 1887). — Tuberculose d'adulte chez un enfant de seize mois. Vaste caverne. Perforation d'une grosse bronche et d'une branche importante de l'artère pulmonaire. Mort par hémorragie pulmonaire (*Soc. méd. pratiq.*, 1886). — Revue mensuelle des maladies de l'enfance. En collaboration avec le Dr de Saint-Germain (1883-1888). — Empoisonnement d'un enfant de vingt-neuf jours par l'oxyde de carbone (*Jour. de méd. de Paris*, 1888). — De l'angine pultacée initiale dans la fièvre typhoïde (*Bull. de la Soc. méd. pratiq.*, 1888). — Du traitement de la pleurésie purulente chez l'enfant (*id.*, 1888).

Enseignement médical libre.

Cours de chirurgie oculaire. — M. le Dr A. TERSON, le jeudi, à 5 heures. Ce cours est gratuit. S'inscrire d'avance, 52, rue Jacob, tous les jours, de 1 à 2 heures.

Cours complets élémentaires et pratiques de vénéréologie et de gynécologie. — Deuxième série des cours de l'infirmerie de Saint-Lazare. — Mardi, M. Wickham, *syphiligraphie*. Jeudi, M. Verchère, *vénéréologie*. Samedi, M. Ozenne, *gynécologie*. Le cours comprend dix-huit leçons.

Maladies nerveuses et mentales. Hypnotisme. — M. le Dr BÉRILLON, lundis et vendredis, à 5 heures du soir, à l'école pratique de la Faculté de médecine, amphithéâtre Cruveilhier, *applications cliniques, psychologiques et médico-légales de l'hypnotisme.*

Cours particulier de technique microscopique spéciale pour l'étude des organes génitaux de la femme et le diagnostic des altérations pathologiques s'y rapportant. — Le Dr LATTEUX, chef du laboratoire de l'hôpital Broca, commencera un nouveau cours le 18 juin, à 4 heures, dans son laboratoire, 5, rue du Pont-de-Lodi. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses exigées journellement par la profession médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Tous les instruments nécessaires sont à leur disposition. On s'inscrit d'avance, au laboratoire, de 4 à 5 heures, excepté le samedi. Un cours pratique de *bactériologie générale* commencera le 25 juin, à 2 heures.

FORMULES

XXX — Contre les pharyngites.

Sulfate de morphine. . . .		0 gr. 20 centigr.
Acide phénique.	ãã	2 grammes.
Tannin.		
Glycérine.	ãã	15 —
Eau distillée.		

En badigeonnages. (Fletcher Ingals in *Gaz. hebd.*).

XXXI. — Contre la bronchite fétide.

Acétate neutre de plomb. .	ãã	0 gr. 15 centigr.
Terpine.		
Poudre de Dower		0 — 10 —

Pour une pilule; 3 à 4 par jour pour les enfants de 8 à 12 ans. (Parcellé).

L'ESPRIT DES AUTRES. — « ... Le vieil Homère, lui-même, avec ses divins récits, ne dérangerait pas, de leurs bavardages alcooliques, nos politiciens d'aujourd'hui. (Armand Sylvestre, *Arlette*, p. 3.)

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 3 juin au samedi 9 juin 1900, les naissances ont été au nombre de 1145 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 356, illégitimes, 162. Total, 518. — *Sexe féminin* : légitimes, 377, illégitimes, 159. Total, 536.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1896 : 2.511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 3 juin au samedi 9 juin 1900, les décès ont été au nombre de 1004, savoir : 529 hommes et 475 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 6, F. 4. T. 10. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 1, F. 2, T. 3. — Rougeole: M. 15, F. 23, T. 38. — Scarlatine : M. 2, F. 4, T. 6. — Coqueluche : M. 2, F. 4, T. 6. — Diphtérie. Croup : M. 1, F. 3, T. 4. — Grippe : M. 0, F. 1, T. 1. — Phtisie pulmonaire : M. 122, F. 77, T. 199. — Méningite tuberculeuse : M. 13, F. 9, T. 22. — Autres tuberculoses : M. 16, F. 8, T. 24. — Tumeurs cancéreuses : M. 20, F. 29, T. 49.— Tumeurs autres : M. 1, F. 11, T. 12. — Méningite simple : M. 10, F. 14, T. 24. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 26, F. 25, T. 51. — Paralysie, M. 4. F. 6, T. 10. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 1, T. 5. — Maladies organiques du cœur : M. 29, F. 37, T. 66. — Bronchite aiguë : M. 5, F. 6, T. 11. — Bronchite chronique : M. 8, F. 11, T. 19. — Broncho-pneumonie : M. 28, F. 18, T. 46. — Pneumonie : M. 30, F. 26, T. 56. — Autres affections de l'appareil respiratoire: M. 26, F. 9, T. 35. — Gastro-entérite, biberon : M. 10, F. 8, T. 18. — Gastro-entérite, sein : M. 2, F. 1, T. 3. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 1, F. 3, T. 4. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 2, T. 2. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Débilité congénitale : M. 10, F. 15, T. 25. — Sénilité : M. 12, F. 18, T. 30. — Suicides : M. 5, F. 5, T. 10. — Autres morts violentes : M. 17, F. 10, T. 27. — Autres causes de mort: M. 93, F. 81, T. 174. — Causes restées inconnues : M. 10, F. 2, T. 12.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 55, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 24, illégitimes, 14. Total : 38. — *Sexe féminin* : légitimes, 10, illégitimes, 7. Total : 17.

Conseil supérieur de l'instruction publique. — M. Brouardel et M. Bouchard (de Paris) sont nommés, pour quatre ans, membres du Conseil supérieur de l'instruction publique et de sa section permanente.

Concours pour le clinicat. — Un concours pour les emplois de chefs de clinique s'ouvrira le jeudi 5 juillet 1900. *Médecine* : quatre chefs de clinique titulaires et quatre chefs de clinique adjoints. — *Chirurgie* : trois chefs de clinique titulaires et trois chefs de clinique adjoints. — *Obstétrique* : un chef de clinique titulaire et un chef de clinique adjoint. — *Maladies infantiles* : un chef de clinique titulaire et un chef de clinique adjoint. — On devra se faire inscrire avant le 28 juin 1900. — Tous les docteurs en médecine français, *sans limite d'âge*, sont admis à concourir.

Ecole de Médecine d'Amiens. — M. Sauné, pharmacien de 1re classe, est nommé chef des travaux physiques et chimiques.

Ecole de Médecine de Dijon. — M. le Dr Michaut est nommé chef des travaux de physiologie.

Ecole de Médecine de Rouen. — M. le Dr Jeanne, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale, est chargé des fonctions de chef des travaux de médecine opératoire.

Assistance publique de Paris. — *Adjudications.* — Le samedi 23 juin 1900, à 2 heures, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique à Paris, avenue Victoria n° 3, à l'adjudication au rabais et sur soumissions cachetées, de la fourniture des articles de pansement, gazes et cotons antiseptiques, mackintosh, protective, etc., nécessaires au service des établissements de cette administration, pendant un an, à partir du 1er juillet 1900. Ces fournitures sont évaluées approximativement : 1er et 2e lot, gazes iodolormées et au salol, 48.250 fr. par lot ; 3e et 4e lot, coton au salol boriqué, mackintosh. protective, lint boriqué, 18.310 francs par lot ; 5e et 6e lot, coton hydrophyle, 35.000 francs par lot. S'adresser, pour prendre connaisance du cahier des charges au secrétaire général de ladite Administration, avenue Victoria, n° 3, à Pari , tous les jours non fériés, de 10 heures à 4 heures.

Nécrologie. — On annonce la mort du Dr Thomas, conseiller général de la Sarthe pour le canton de la Suze, ancien médecin-major du 31e d'artillerie, officier de la Légion d'honneur, maire de Louplande.

Chronique des Hôpitaux.

Hopital Saint-Antoine. — *Radioscopie médicale.* — M. le Dr A. Béclère, le dimanche, à 10 heures du matin, dans la salle des conférences de l'hôpital, une nouvelle série de *Six conférences sur les premières notions de Radiologie*, indispensables à la pratique de la Radioscopie et de la Radiographie médicales. Après chaque conférence, présentation et examen radioscopique des malades.

Clinique nationale ophthalmologique des Quinze-Vingts. — *Conférences d'ophthalmologie.* — Mardi, à 1 h. 1/2, Dr Trousseau, leçons cliniques. — Mercredi, à 1 heure, Dr Kalt, leçons de diagnostic ophthalmologique avec indications thérapeutiques. — Jeudi, à 2 heures, Dr Dubief, démonstration d'anatomie pathologique et de bactériologie. — Jeudi, à 3 heures, Dr Valude, thérapeutique chirurgicale; présentation de malades. — Samedi, à 2 heures, Dr Chevallereau, thérapeutique médicale. — Consultations et opérations, à 1 heure.

Hôpital Broca. — *Cours complet de gynécologie.* — M. S. Pozzi, le vendredi à 10 heures. — Un cours de gynécologie pratique sera fait les lundis et mercredis, à 10 heures, sous sa direction. Ce cours sera complet en vingt leçons. Démonstrations d'histologie sur les pièces du service, le samedi, à 10 heures, par le chef du laboratoire.

Hôpital Andral. — *Maladies de l'estomac.* — MM. Albert Mathieu, M. Soupault et Ch. Roux, commenceront le lundi, 18 juin 1900, un cours complet sur le *Diagnostic et le traitement des maladies de l'estomac.* — Les élèves seront exercés aux manipulations nécessaires pour la détermination du chimisme gastrique, par M. Leboulais, pharmacien de 1re classe, ancien interne des hôpitaux. Ce cours sera complet en un mois. Le prix de l'inscription est de 100 francs. Le nombre des inscriptions est limité. — S'adresser au Laboratoire de l'hôpital Andral, 35, rue des Tournelles.

Asile de Villejuif. (Tramway du Chatelet). — *Maladies mentales.* — M. Toulouse. Le mercredi, visite du service et présentation des malades intéressants.

Hospice de la Salpêtrière. — *Cours de clinique des maladies du système nerveux.* — M. le Pr Raymond : vendredis et mardis, à 10 heures. — M. le Dr J. Voisin, conférences cliniques sur les *Maladies mentales et nerveuses*, le jeudi à 10 heures du matin.

Hospice de Bicêtre. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. Bourneville, samedi à 9 h. 1/2. Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée); présentation de cas cliniques, etc. — *Service de* M. le Dr P. Marie. Le service de l'infirmerie de Bicêtre comprend un grand nombre de malades atteints d'affections chroniques et particulièrement d'affections du système nerveux. Ce service est ouvert aux étudiants et le samedi a lieu, à 9 h. 1/2, une visite générale au cours de laquelle le Dr Pierre Marie présente les malades les plus intéressants.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Paris. — Imp. Goupy, G. Maurin, Succr, rue de Rennes 71.

Le Progrès Médical

ANATOMIE

Quelques recherches sur le thymus chez l'enfant (Statistique de 61 cas);

PAR **Albert KATZ**
INTERNE DES HOPITAUX.

Sur le conseil de notre maître, M. Bourneville, nous avons entrepris à l'hôpital des Enfants-Malades, au cours de notre année d'internat à cet hôpital (1899), quelques recherches sur la persistance ou non du *thymus* chez des enfants de divers âges.

Nos recherches ont porté sur des cas provenant des différents services de l'hôpital et concernant des sujets atteints des maladies les plus diverses. Parmi ces 61 cas, il en est un certain nombre sur lesquels nous n'avons pas eu d'autres renseignements que le nom et l'âge. Seuls les malades provenant des salles Blache, Guersant et de la crèche dont nous fûmes l'interne et du pavillon Trousseau affecté aux diphtériques, sont suffisamment désignés par le nom de la maladie qui a causé la mort et souvent aussi par leur poids. Nous donnons ci-après un tableau général des cas examinés.

Nos	NOM.	AGE.	SALLES.	MALADIE.	POIDS ENFANTS.	POIDS THYMUS	POIDS SPÉCIFIQUE (1).	OBSERVATIONS.
1	Cherbur ...	1 mois	Crèche,	Broncho-pneumonie.	3 k. 700	7 gr.		
2	Bingl ...		Crèche.	Broncho-pneumonie.	3.000 gr.	3 gr.		
3	Poid. ...	[illegible]	Crèche.	Entérite.	2.400 gr.	4 gr.		
4	Gouzo ...	1 mois 1/2	Crèche.	Atrophie.	2.300 gr.	2 gr. 50		
5	Lamb.	2 mois	Crèche.	Athrepsie.	2.[illegible] gr.	2 gr. 50		
6	Frick	[illegible]	Crèche.	Athrepsie.	2.400 gr	4 gr.		Pont glandulaire entre les deux lobes. Type n° I
7	Leque		Crèche.	Athrepsie.	2.200 gr	2 gr.		
8	Marru ..		Crèche.	Athrepsie.	[illegible]350 gr.	3 gr. 50		
9	Rath...	[illegible]	Crèche.	Athrepsie	[illegible] gr.	[illegible] gr.		
10	Poulain ..	3 mois	Crèche.	Broncho-pneumonie.	[illegible] gr.	[illegible] gr.		

Signifie [illegible]

Nos	Nom.	Age.	Salles.	Maladie.	Poids enfants.	Poids thymus.	Poids spécifique	Observations.
11	Auclin......	»	Crèche	Athrepsie	2.075 gr.	3 gr.		
12	Hab	»	Crèche.	Entérite.	3.000 gr.	3 gr.		
13	Toussar.....	»	Crèche.	Athrepsie	2.400 gr.	2 gr.		
14	Mara	4 mois.	Crèche.	Athrepsie.	3.000 gr.	3 gr.		
15	Eberl.......	»	Crèche.	Broncho-pneumonie	3.000 gr.	3 gr.		
16	Masse	»	Molland		3.200 gr.	4 gr.		Pont glandulaire entre les 2 lobes. Type en U
17	Villoy	4 mois.	Crèche.	Broncho-pneumonie.	2.500 gr.	2 gr.		
18	Parfu.......	»	Crèche.	Athrepsie.	2.400 gr.	1 gr.		
19	Grivau	»	Crèche.	Athrepsie	2.500 gr.	2 gr.		
20	Potau....	4 mois 1/2	Crèche.	Broncho-pneumonie	3.500 gr.	2 gr.		
21	Lacom.....	5 mois	H. Roger.		4.800 gr.	5 gr.		
22	Géret......		Crèche	Entérite.	3.700 gr.	3 gr		
23	Dore.......	5 mois 1/2	Crèche.	Broncho-pneumonie	5.000 gr.	14 gr.		Pont glandulaire entre les 2 lobes à mi-hauteur. La corne supérieure droite atteint la glande thyroïde.
24	Roca ...	6 mois	Crèche.	Broncho-pneumonie	5.000 gr	6 gr.		Rouge
25	Math ..	9 mois	Trousseau	Diphterie		9 gr		Rouge intense
26	Agnès ..	»	Crèche	Broncho-pneumonie.	5.000 gr.	3 gr		
27	Toma		Crèche	Athrepsie	5.000 gr	4 gr		
28	Bour ..		Crèche	Athrepsie	5.000 gr.	3 gr		
29	Foissat	9 mois 1/2	Trousseau	Diphterie		5 gr	—	Pont glandulaire entre la partie moyenne des deux lobes.
30	Augr....	12 mois	Trousseau	Diphterie		9 gr.		
31	Lavois ..	»	Chaumont			2 gr		
32	Gales....					4 gr		
33	Pell...		Giraldès	[illegible]		10 gr.	—	[illegible]
34	Duch.....		Gillette			60 gr		
35	D...	17 mois	Trousseau	Diphterie		6 gr		[illegible]
36	Lados.....	18 mois.	Trousseau	Diphterie		7 gr.		—

Nos	Nom	Age.	Salles.	Maladie.	Poids enfants.	Poids thymus.	Poids splénique.	Observations.
37	Manc......	»	Chaumont.			6 gr.		Pont glandulaire à la partie inférieure des deux lobes.
38	Patte.....	»	»			2 gr.		
39	Falliat.....		Trousseau.	Diphtérie.		10 gr.		Coloration rouge foncé.
40	Allar		Gillette.			4 gr.		
41	Simon.....	»	Blache.	Tuberculose générale.		3 gr.		
42	Nicolle	20 mois.	Blache.	Broncho-pneumonie.		3 gr.		
43	Davoin	»	Gillette.			5 gr.		
44	Veyrier.....	22 mois.	Trousseau.	Diphtérie.		11 gr.		Coloration rouge intense. Petits foyers d'apoplexie.
45	Grau	2 ans 1/2.	Guersant.	Rougeole.		3 gr.		
46	Chanteu	2 ans 1/2.	Guersant.	Rougeole.		7 gr.		
47	Rèvein	»	Trousseau.	Diphtérie.		8 gr.		Thymus accessoire appendu à la corne inférieure droite, grosseur d'un petit pois.
48	Chauvier ..	»	Trousseau.	Diphtérie.		7 gr.		
49	Bancher	3 ans	Trousseau.	Diphtérie.		18 gr.		Coloration rouge foncé.
50	Lafontain...	»	H. Roger.			7 gr.	—	Thymus accessoire appendu au bord droit du lobe droit ; grosseur d'un haricot.
51	Mi Kaslow ..		Bouchut.			[illegible]		
52	Deroche	3 ans 1/2.	Trousseau.	Diphtérie.		13 gr.		Les deux lobes réunis dans toute leur hauteur par des tractus glandulaires.
53	Camu.......		Trousseau.	Diphtérie.		9 gr.		Coloration rouge foncé.
54	Ryon	[illegible] ans.	Trousseau.	Diphtérie.		11 gr.		
55	Jacquot...	5 ans.	Bilgrain.			[illegible]	—	
56	Gouache...	7 ans.	Blache.	Tuberculose pulmonaire adénop. tr. br.		[illegible]		Ganglions tuberculeux dans la masse du thymus ; on les énuclée facilement.
57	Grousset ...	»		Scarlatine.		10 gr.		
58	Cheval ...	9 ans.	Bouvier.			5 gr.		
59	Rollan.		Chaumont.			4 gr.		
60	Touchet ..	15 ans.	Chaumont.			6 gr.	—	
61	Nague......	»	Blache.	Broncho-pneumonie.		8 gr.	—	Corne supérieure droite atteignant la glande thyroïde.

Une première chose frappe à l'examen de ce tableau ; c'est que, chez 61 enfants pris au hasard, le thymus a été *constamment* trouvé. Cette constatation a son importance. La statistique publiée par Bourneville (1) dans son *Compte rendu* du service pour 1898, nous montre qu'à l'autopsie de 28 enfants, à développement intellectuel insuffisant ou nul (arriérés, imbéciles, idiots, épileptiques), le thymus ne fut trouvé que dans 3 cas ; chez 25 d'entre eux on ne découvrit aucune trace de cet organe.

Il y a donc, au point de vue de la *constance du thymus* une distinction importante à faire entre les *enfants normaux* et *anormaux*.

Chez nos 61 enfants à développement intellectuel normal le thymus existe toujours.

Notre statistique porte sur 61 cas ; celle de Farret (2) sur 27 cas ; celle de Hérard (3) sur 60 cas : celle de Testut (4) sur 20 ; voici donc 168 cas examinés où le thymus fut toujours trouvé ; aucun de ces auteurs ne parle d'un cas d'absence du thymus : ni Cruveilhier (5), ni Sappey (6), ni Simon (7), ni Sanné (8), ni Morel et Duval (9) ne font aucune mention d'un cas où le thymus ait manqué chez l'enfant.

Chez les enfants anormaux (idiots imbéciles, arriérés, épileptiques) le thymus manque souvent ; d'après la statistique de M. Bourneville on peut évaluer à 74.46 0/00 les cas où cet organe manque.

Couleur. — Dans la grande majorité des cas le thymus était *gris* ou *rosé*. Sept fois nous avons trouvé le thymus *rouge*, d'un rouge sombre même. Dans un cas (voir n° 44 du tableau), on voyait tant à la surface que sur les coupes de petits foyers sanguins de la dimension d'une tête d'épingle et d'une couleur très foncée, véritables petits foyers d'apoplexie thymique.

Il est intéressant de remarquer que tous les thymus rouges, injectés *appartenaient à des enfants morts de diphtérie.* Nous reviendrons tout à l'heure sur cette particularité.

Forme. — Presque tous les thymus se ressemblent ; avec le manche du scalpel nous arrivions toujours facilement à séparer les quelques tractus celluleux qui réunissaient les deux lobes de la glande. Dans sept cas (11,16 0/0) les deux lobes étaient plus intimement unis.

De la partie moyenne (3 fois, n°s 23, 29, 33) ou inférieure (3 fois, n°s 6, 16, 37) de l'un des lobes se détachait un tractus *glandulaire* plus ou moins épais pour aller se perdre dans l'autre lobe. De petits vaisseaux accompagnaient ces tractus.

Dans un cas (n° 52) enfin, la séparation des deux lobes n'existait pour ainsi dire pas ; dans presque toute l'étendue du thymus, les deux lobes étaient réunis par un épais pont glandulaire : seules, les cornes supérieures indiquaient les deux lobes de la glande.

Rapports. — Dans deux cas (voir n°s 23 et 61 du tableau) la corne supérieure droite du thymus remontait très haut dans le cou et atteignait le bord inférieur de la glande thyroïde ; et pourtant dans les deux cas la thyroïde n'était point basse, puisque le bord inférieur du lobe thyroïdien droit était placé au niveau du sixième anneau trachéal.

Poids spécifique. — Nous avons fait subir à tous les thymus l'épreuve de l'eau : 56 tombèrent au fond du vase ; dans 7 cas (n°s 29, 53, 50, 55, 58, 59, 60) les fragments de thymus nagèrent à la surface du liquide.

Poids du thymus. — Nous arrivons maintenant à l'étude du poids du thymus. Cette question du poids du thymus aux divers âges est assurément une des plus controversées de l'anatomie de cet organe. A l'étranger, les auteurs donnent pour le poids du thymus des chiffres tout à fait excessifs. Pour Haugsted, par exemple, le thymus pèserait en moyenne, 10 gr. à la naissance ; pour Kœlliker 13 gr. ; pour Merkel 18 gr. ! « Il y a, dit Sappey, dans ces résultats plus qu'une exagération : ils sont erronés. »

Pour Sappey le poids du thymus du nouveau-né serait de 2 à 3 gr. et « alors même, que le thymus présenterait un développement exceptionnel, son poids le plus habituel ne dépasse pas 6 à 8 grammes (1). »

Si nous jetons maintenant un coup d'œil sur les chiffres obtenus par la pesée de nos 61 thymus, on est de suite frappé de *l'extrême variabilité que présente le poids* du thymus : de plus, il n'existe pas entre le poids du thymus et celui de l'âge des enfants ce rapport simple qu'indiquent les classiques.

D'après ces derniers, le thymus à partir de son apparition vers le deuxième mois de la vie intra-utérine augmenterait progressivement de volume et de poids jusque vers la deuxième année où le thymus présenterait son maximum de développement ; à partir de ce moment le thymus entrerait dans la période de régression.

A priori, on doit donc trouver les thymus les plus lourds vers la deuxième année ; à partir de cette époque, le thymus doit être d'autant plus petit que l'enfant grandit davantage.

Or, tel n'est pas le cas de nos 61 thymus. De un à cinq mois la moyenne (établie sur 20 cas) est de 4 *grammes* : de 5 mois à 2 ans elle est de 6 gr. (25 cas) ; de 2 ans à 13 ans elle est de 8 gr. (18 cas).

On voit donc que le poids du thymus est extrêmement variable et qu'il est impossible à cause de cette variabilité d'assigner un moment précis où le thymus aura atteint son maximum de développement ; ce maximum doit varier d'un cas à l'autre.

Nous ne pouvons tirer de notre statistique aucun renseignement relatif au rapport du poids du thymus à celui du sujet. Sur nos 61 sujets, nous n'avons le poids que de 28 d'entre eux : mais nous nous abstenons de toute conclusion à cause de la catégorie d'enfants pesés ; tous les 28 cas proviennent de la crèche ; or les enfants de la crèche sont pour la plupart des athrepsiques n'ayant pas le plus souvent le poids normal d'un nouveau-né normal. Toute évaluation serait donc fausse : il eut fallu pour cela des sujets sains — ayant le poids normal — morts d'une maladie intercurrente, ce qui n'est pas le cas chez nos 28 enfants de la crèche.

Nous ne pouvons donc tirer de notre statistique aucune indication valable, sur le rapport qui existe entre le poids du thymus et l'âge ou le poids du sujet. En revanche ne peut-on pas être frappé d'une relation constante entre le poids du thymus et *certaines maladies infectieuses ?*

Nous avons parmi nos 61 cas, 13 *cas de diphtérie* provenant tous du pavillon Trousseau. Eh bien, chez tous les 13 sujets morts de diphtérie, quelque soit leur âge le poids du thymus *est constamment* supérieur à cinq grammes. Voici un tableau qui résume ces 13 cas :

(1) Bourneville. — *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Compte rendu* du service des enfants de Bicêtre pour 1898, p. [illegible]
(2) Farret. Th. Paris, 18[illegible].
(3) Hérard. Th. Paris, 18[illegible].
(4) Testut. — *Anatomie humaine*, [illegible] éd. T. III, p. 79[illegible].
(5) Cruveilhier. *Anat. descript.* [illegible] éd. T. III, p. 5[illegible].
(6) Sappey. *Anat. descript.* 3e éd. T. IV, p. 470.
(7) Simon, in *Traité d'Anatomie humaine* de Poirier, Tome IV, p. [illegible].
(8) Sanné. *Dict. encycl. des Sc. méd.*, art. *Thymus*.
(9) Morel et Duval. *Manuel de l'Anatomiste*, p. 97[illegible].

(1) Sappey. — *Anat. Descr.*, 4e éd., T. IV, p. 470.

Malades provenant du pavillon Trousseau, morts à la suite de diphtérie.

1	Math	9 mois	9 gr.
2	Foisse	9 mois 1/2.	5 gr.
3	Angro*	12 mois.	9 gr.
4	Débin	14 mois.	6 gr.
5	Lafos	18 mois.	7 gr.
6	Fallia	18 mois.	10 gr
7	Veyrie	22 mois	11 gr.
8	Théveni	2 ans 1/2.	8 gr.
9	Chauv	2 ans 1/2.	7 gr.
10	Baucher	3 ans.	18 gr.
11	Deroch	3 ans 1/2	13 gr.
12	Camu	3 ans 1/2.	9 gr.
13	Ryon	4 ans.	11 gr.

Cette hypertrophie du thymus *dans tous les cas de diphtérie* nous a beaucoup frappé ; dans aucune étude sur la diphtérie nous n'avons trouvé mention de cette hypertrophie du thymus ; nous avons alors cherché si dans les études diverses sur l'anatomie du thymus nous ne trouverions point quelques indications relatives à ce sujet. Voici ce que nous avons trouvé dans l'intéressante thèse de Hérard (1) :

Sur 60 sujets examinés, 50 ont un thymus de poids moyen 1 gr. 50 à 4 gr.

Dans dix cas le thymus était plus volumineux. Voici le résumé de ces 10 cas :

Maladies.	Poids	
Croup	7 g. 50.	Enfant fort
Laryngite aigue	8 gr.	
Asthme.	8 gr.	
Croup.	8 gr. 50	
Méningite.	[illegible] gr. 50	
Croup.	10 gr	
Croup	15 gr	Enfant très fort
Varicelle	20 gr	—
Croup	22 gr.	
Croup	37 gr	Enfant obèse âgé de 22 mois et paraissant âgé de 3 à 4 ans.

Sur 10 cas de thymus hypertrophié, *six cas* proviennent de malades morts du croup.

Dans la statistique de Tarret nous ne trouvons qu'un seul cas de diphtérie, le thymus pesait 11 *gr.* ; l'enfant était âgé de 9 ans. Il paraît donc que le thymus subit dans la diphtérie une *hypertrophie considérable*. Des recherches ultérieures sont nécessaires pour nous fixer complètement sur ce point ; mais cette hypertrophie régulière dans les 13 cas de notre statistique et dans les 6 cas de celle de Hérard est vraiment trop constante pour faire penser à une simple coïncidence.

(1) Herard, *loc. cit.*

Thymus accessoires. — Dans deux cas, nous avons trouvé des glandes aberrantes : dans le premier (v. n° 47) le thymus accessoire, de la grandeur d'un petit pois, était appendu à la corne inférieure droite du thymus ; dans le deuxième (n° 50) la glande aberrante, de la grosseur d'un haricot environ, était accolée au bord droit de la glande principale.

Altérations pathologiques. — Nous avons parlé plus haut d'un thymus farci de petits foyers d'apoplexie. En dehors de cette altération nous n'avons à citer qu'un seul thymus *paraissant* infiltré de tuberculose.

Il s'agit d'un enfant de 7 ans (n° 56) mort dans le service de notre maître, M. Variot, d'une tuberculose pulmonaire ; à l'autopsie nous trouvâmes, outre des lésions avancées dans le poumon, une adénopathie trachéo-bronchique très marquée. Sur le thymus, il existait une masse tuberculeuse qui pénétrait les deux lobes ; mais il nous fut très facile d'énucléer complètement cette masse : c'était, en somme, un ganglion tuberculeux sur le thymus, ce dernier organe n'offrait lui-même aucune lésion.

Comparaison entre les enfants normaux et les enfants anormaux au point de vue de la persistance ou de l'absence du thymus ;

Par BOURNEVILLE

Depuis 1890 jusqu'à ce jour, nous avons relevé, dans toutes nos autopsies, la persistance ou non du *thymus*, son poids et celui de la *glande thyroïde*. Maintes fois, sans résultat, nous avions signalé l'intérêt qu'il y avait, étant donné les recherches physiologiques dont ces organes étaient l'objet, à noter leur poids chez les enfants réputés normaux. Un de nos anciens internes, M. Katz, passé de notre service dans un des services de l'hôpital des Enfants-Malades, répondant à notre appel, a procédé aux mêmes recherches sur le thymus qu'il nous avait vu faire à l'hospice de Bicêtre. Il n'a établi de comparaison qu'entre ses 61 cas et nos 28 cas de 1898. Nous complétons cette comparaison, en totalisant tous les cas, au nombre de 292, où nous avons mentionné la présence ou l'absence du thymus.

Persistance du thymus	78 cas.
Absence du thymus	214 —

Les cas où le thymus persistait se répartissent ainsi : 1° au point de vue du *poids* :

Au-dessous de 5 gr.	24 cas
De 5 à 10 gr.	34 —
De 11 à 15 gr.	11 —
De 16 à 20 gr.	4 —
De 21 à 30 gr.	4 —
Au dessus de 30 gr.	1
Total	78 cas

2° Au point de vue de l'*âge* :

Cas de 13 mois à 3 ans	11
— de 4 ans à 5 ans	15
— à 6 ans	3
— à 7 ans	4
— à 8 ans	2
— à 9 ans	3
— à 10 ans	4
— à 11 ans	[illegible]
— à 12 ans	4
— à 13 ans	[illegible]
— à 14 ans	8
— à 15 ans	3
— à 16 ans	4
— à 17 ans	6
— à 18 ans	[illegible]
— au-dessus de 18 ans	3
Total	78

La statistique des cas relatifs aux enfants *normaux* ne comprend que 61 cas tandis que celle des enfants *anormaux* porte sur 292 cas. La première se rapporte pour une part à des enfants au-dessous, comme âge, du chiffre le plus bas de la seconde (13 mois), aussi ne pouvons-nous faire qu'une comparaison relative et nous borner à dire que sur 61 cas, M. Katz a toujours trouvé le thymus 100 pour 100, alors qu'il n'existait chez nos anormaux que 78 fois sur 292, soit 27 pour 100. Il semblerait par conséquent que le thymus disparaîtrait plutôt chez les enfants anormaux que chez les enfants normaux.

Ces statistiques sont instructives mais ne peuvent être considérées que comme les premiers éléments d'une comparaison définitive (1).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Hygiène publique : Sanatorium pour lépreux.

Dans sa séance du 18 juin, le Comité consultatif d'hygiène publique de France a entendu un rapport très intéressant de M. Netter sur un projet relatif à la création d'un sanatorium pour lépreux. Ce projet est dû au Dr Dom Sauton, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Dans cet établissement, d'une contenance de 36 hectares, situé près de Neufchâteau (Vosges), il n'y aura aucune séquestration d'office ; c'est un bienfait qu'on offre aux lépreux, mais qui ne leur sera pas imposé. « L'hygiène, l'asepsie, l'antisepsie et la désinfection par l'étuve à vapeur supprimeront tout danger de contamination. Chaque malade aura sa chambre et des pavillons seront établis pour les lépreux riches et désireux de les occuper. »

M. Netter examine les deux points suivants : Ce projet est-il d'une réelle utilité ? Ne peut-il être l'origine d'aucun inconvénient pour la santé publique ?

A propos du premier point, il rappelle que dans ces derniers temps on a noté dans tous les pays le retour offensif de la lèpre, les progrès de cette maladie en Allemagne où un foyer s'est constitué aux environs de Memel (le nombre des lépreux s'est élevé à 34, disséminés dans 17 localités); que c'est à l'occasion de ce foyer que le gouvernement allemand a provoqué la réunion de la conférence internationale de Berlin (octobre 1897).

« A Paris circulent peut-être 160 à 200 lépreux, écrit M. Netter. Presque tous ont contracté le mal à l'étranger ou dans nos *colonies* qui, comme l'on sait, sont presque sans exception des foyers plus ou moins importants de *lèpre*. Il y a même des cas de lèpre autochtones. MM. Chantemesse et Moriez ont attiré l'attention, en 1888, sur l'existence de la lèpre dans un certain nombre de villages du département des Alpes-Maritimes, au voisinage de la frontière italienne. Plus contestable est l'existence d'un foyer endémique en Bretagne que soutient M. Zambaco (2). Avec ce que nous savons aujourd'hui de la contagiosité de la lèpre, l'existence de ces lépreux, d'origines diverses, sur le sol français constitue un danger qu'il serait imprudent de se dissimuler. »

D'où il suit que la création d'un sanatorium pour lépreux est d'une utilité incontestable.

(1) Voir aussi . Thaon *Mouvement médical*, 1872-73.

(2) Nous profitons de l'occasion pour rappeler à nos lecteurs le très beau livre de notre ami, M. le Dr Zambaco-Pacha, *Les lépreux ambulants de Constantinople*. In-folio de XVI-446 pages. Paris. 1897. J. Masson.

M. Netter examine ensuite le second point : l'établissement d'un sanatorium pour les lépreux crée-t-il un danger pour le voisinage ?

Le rapporteur répond d'une façon négative. En effet, M. le Dr Sauton, qui a étudié depuis 10 ans la lèpre dans la plupart de ses foyers, fait remarquer que dans beaucoup de léproseries de l'Extrême-Orient, on voit cohabiter avec les lépreux des individus atteints de dermatoses parasitaires, d'affections spécifiques, et même des sujets sains, sans que ces individus contractent la lèpre. Dans une léproserie bien tenue comme à la Trinitad, jamais l'on a relevé un seul cas de contagion. A l'hôpital Saint-Louis, où il y a toujours un certain nombre de lépreux, M. Besnier, qui souhaite le succès de la léproserie projetée, affirme n'avoir pas vu un seul cas de contagion. Personnellement, nous nous souvenons que, durant notre internat dans cet hôpital, en 1869, il y avait une demi-douzaine de lépreux au pavillon Gabrielle et que, malgré l'insuffisance des précautions hygiéniques, jamais nous n'avons entendu citer un seul cas de contagion.

« A ces faits relevés par M. Sauton, dit encore M. Netter, nous ajouterons l'observation si intéressante de Hansen au sujet des norvégiens atteints de la lèpre et ayant émigré dans les Etats-Unis. Aucun de ces lépreux, et ils ont été au nombre de plus de 200, n'a été le point de départ d'un cas de contagion. Ces lépreux en Amérique ont toujours un lit à eux et généralement une chambre particulière. De plus, ils sont très propres, tandis que les paysans norvégiens couchent volontiers dans le même lit et ignorent les soins de propreté.

« Cette contagiosité relativement minime de la lèpre semble à première vue paradoxale quand on voit sur les préparations microscopiques les cellules des néoformations lépreuses littéralement bondées de bacilles, quand on constate l'existence en abondance de ces derniers dans les produits de sécrétion du nez et du pharynx, etc. On s'explique cependant cette contradiction apparente de plusieurs façons : 1° il est probable que la plupart des bacilles qui se trouvent dans les sécrétions ou excrétions sont morts; 2° il ne suffit pas d'un simple contact des bacilles avec les muqueuses ou les téguments pour produire l'infection, il faut un contact intime et prolongé, peut-être une inoculation est-elle nécessaire; 3° il y a lieu encore de faire la part de la disposition individuelle.

« M. Sauton pense que le danger sera encore moindre si, à la pratique de l'hygiène, on ajoute celle de l'asepsie, de l'antisepsie et de la désinfection par l'étuve à la vapeur. Nous ne pouvons que nous rallier à sa manière de voir. »

Dans la discussion qui a suivi, M. le Dr Dujardin-Beaumetz a rappelé que, à côté d'Hanoï, il y avait un village où existaient de nombreux lépreux, et que jamais il n'avait entendu dire qu'aucun missionnaire n'avait eu la lèpre.

M. Netter a raconté qu'à la léproserie de San-Remo, contenant 15 lépreux, les deux médecins qui sont là depuis des années, procèdent au massage des tubercules lépreux, sans prendre, à tort, aucune précaution et qu'ils n'ont pas contracté la lèpre.

Tous ces faits nous paraissent de nature à rassurer les habitants des communes environnant la future léproserie, d'autant plus que la maison la plus proche celle d'un garde-barrière, en est distante de 1.500 m. La question examinée par le Comité d'hygiène n'est pas seulement une question d'espèce, mais aussi une question de principe. Nous nous souvenons tous des protestations qui ont été soulevées naguère contre les

projets de la Ville de Paris, pour la construction d'établissements destinés aux maladies contagieuses dans les communes suburbaines. Ces plaintes se produisent également, ainsi que l'a rappelé M. Brouardel, à propos de tous les sanatoria de tuberculeux. Et dernièrement (*Progrès médical*, p. 367) nous relations ce qui s'est passé dans la petite ville de Cabourg (Calvados), à propos de l'intention manifestée par un habitant, de transformer sa propriété en un sanatorium. Le Conseil municipal, mal renseigné sur des dangers imaginaires et craignant à tort que ce sanatorium portât préjudice à sa plage, a tout fait pour que ce projet ne soit pas réalisé.

Le Comité d'hygiène a déclaré, à l'unanimité, que la création en France, par l'initiative privée, d'un sanatorium destiné à recevoir les lépreux, rendrait de très grands services et ne constituerait pour le voisinage aucun danger. Il a émis, en outre, le vœu que l'établissement projeté se soumette volontairement à la surveillance de l'autorité publique. Nul doute qu'en sa qualité d'ancien interne des hôpitaux de Paris, Dom Sauton n'accepte ce vœu tout à fait légitime. B

Bienfaisance privée!

Il est des œuvres de bienfaisances privées qui imposent le respect et l'admiration. Avec des ressources parfois très restreintes, gênées par les formalités administratives, elles parviennent, envers et contre tous, à leur but par l'abnégation sans bornes de ceux qui les dirigent et par un dévouement de tous les instants. Mais chaque médaille a son revers et à côté de la noble philanthropie, il existe la fausse charité. Le beau masque qu'offre cette dernière au snobisme des personnes distinguées! Et le bon prétexte pour cacher l'égoïsme vicieux des Pharisiens de toute classe qui pullulent à notre époque! Faut-il citer les fameuses ventes de charité, prétexte à *flirt* pour les belles dames, qui, croyez-moi, y songent peu aux misères à soulager? Et nos bons bourgeois ne courent-ils pas aux bals de bienfaisance dans l'espoir que leur fille y fera la conquête d'un mari plus que par conviction de contribuer à donner un peu de pain à ceux qui en manquent? Combien d'administrateurs d'œuvres philanthropiques songent uniquement au bien public? Les uns se bornent au désir d'un bout de ruban; d'autres espèrent, en récompense, la popularité sous la forme plus précise d'un mandat électif.

Tout ceci est surtout sot et ridicule. Les malheureux y trouvent parfois leur compte, et tant pis pour ceux qui comprennent ainsi la philanthropie; ils enlèvent à ceux qu'ils obligent le fardeau de la reconnaissance, car ils font voir trop aisément que la charité n'est pour eux qu'un prétexte aux amusements ou un marchepied aux honneurs. Le résultat définitif est parfois satisfaisant tant est vraie la pensée de Labruyère : « Nous faisons par vanité ou par bienséance les mêmes choses avec les mêmes dehors que nous les ferions par inclination ou par devoir. » Mais il arrive parfois que la fausse philanthropie prend un aspect odieux; témoins les faits flétris par le grand chirurgien anglais Trèves, faits que cite M. Lucien Descaves dans une chronique de l'*Echo de Paris*. A la fin d'un banquet offert aux membres du service de santé revenant du Transvaal, Trèves se leva et dit, résumant une impression qu'il avait eu le temps de mûrir : « Nous avons eu, pendant la guerre, à nous défendre surtout contre deux fléaux : les mouches et les femmes du monde. Les mouches, on pouvait à la rigueur, s'en garantir et, d'ailleurs, elles disparaissaient la nuit. Mais les femmes ont été une véritable plaie. Venues comme infirmières amateurs, pour se créer un nouvel « excitement », elle prenaient tout le temps des officiers et étaient, en fait, les maîtresses du camp. Étant donné le genre de guerre où nous étions engagés et son caractère meurtrier, le spectacle de cette foule de dames élégamment mises, cavalcadant en toilettes d'été et organisant des pique-niques sur les champs de bataille, a été la honte de cette campagne. »

Le chirurgien Trèves a fait là œuvre de justice et de courage, car il est toujours dangereux de s'attaquer au snobisme hypocrite et cruel des gens du monde. Nous nous garderons bien de généraliser, car nous sommes convaincus qu'à côté des grandes dames infirmières amateurs, il y a en Angleterre des femmes de cœur à qui miss Florence Nightingale sert d'exemple. Elles réconfortent l'humanité du triste spectacle que lui donnent les rares névrosées qui courent les champs de bataille pour chercher un délassement sadique à leur morbide désœuvrement. J. Noir.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 19 juin 1900. — Présidence de M. Marey.

La désinfection des puits par le permanganate de potasse.

M. Delorme, dans la désinfection des puits du camp de Châlons, a employé avec plein succès le permanganate de potasse. La dose par litre d'eau à désinfecter doit être de 5 centigrammes. Le composé brun rougeâtre d'oxyde de manganèse formé est facilement entravé, en jetant dans l'eau quelques poignées de charbon pilé. Ce procédé est très efficace. Tel puits dont l'eau renfermait, avant sa désinfection, 112.160 bacilles par centimètre cube et répandait une odeur repoussante, ne contenait plus, après traitement par la solution de permanganate de potasse, que 150 microbes par centimètre cube... Un des inconvénients du permanganate de potasse, les plus redoutés *a priori*, celui qui a le plus empêché la généralisation de l'emploi de ce sel pour la désinfection de l'eau de boisson, c'est la présence de la potasse dans les eaux traitées par ce désinfectant chimique.

Des analyses chimiques ont démontré dans le cas particulier que l'eau des puits, avant épuisement, ne renfermait que des quantités très insignifiantes de potasse et qu'elle n'en contenait plus après épuisement et renouvellement de l'eau. Rien n'empêcherait d'ailleurs de remplacer le permanganate de potasse par le permanganate de chaux. Il résulte donc de ces quelques essais que le permanganate de potasse est un désinfectant chimique pratique de l'eau des puits. La facilité, la rapidité de son emploi et son prix de revient peu élevé (1 franc environ par puits) en recommandent l'usage.

Sur le traitement de la rage.

M. Lemaistre (de Limoges) donne lecture d'une observation de rage chez un enfant. L'enfant a succombé malgré le traitement de l'Institut Pasteur et M. Lemaistre met en doute l'efficacité de cette thérapeutique

M. Nocard objecte que ce fait malheureux est isolé. L'enfant, peu après le traitement, a d'ailleurs reçu un broc d'eau froide à la figure. Or, le refroidissement intervient souvent comme cause d'éclosion de la rage. Le succès universel des instituts antirabiques, la proportion de 95 0/0 de guérisons ne sauraient être ébranlés par un décès dans ces conditions défavorables.

M. Leblanc parle dans le même sens. Les échecs pour le rouget des porcs, le charbon, signalés par M. Lemaistre dans la pratique vétérinaire s'expliquent par des inoculations trop tardives.

L'argyrine contre les hémorroïdes.

M. Artault montre que le principe actif du marron d'Inde est un glucoside, l'*argyrine*, qui, donné à la dose de 2 à 3 centigrammes en pilules, est capable de calmer les crises les plus violentes de congestion hémorroïdaire. C'est un médicament vaso-constricteur très actif qui, pris à l'intérieur, tue rapidement les lapins à la dose de 0 gr. 01 centigr. par kilogramme et qui, en injections, les insensibilise pendant douze à vingt-quatre heures sans les tuer. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 juin 1900. — Présidence de M. Troisier.

Escarres du pharynx et de l'œsophage simulant la diphtérie.

M. Legendre a observé une malade atteinte d'angine pseudo-membraneuse avec légère adénopathie, elle avait peu de fièvre 38°, grand abattement, l'examen bactériologique et les cultures donnèrent un bacille court, prenant le gram semblant être le bacille diphtérique court. On lui fit une injection de sérum antidiphtérique. Elle rendit de violents efforts un long moule pseudo-membraneux (escarre œsophagienne). Une seconde injection de sérum ne produisit pas d'effet. On finit par apprendre de la malade qu'une quinzaine auparavant elle avait avalé pour se suicider de l'acide chlorhydrique. Le cathétérisme œsophagien permit de constater un rétrécissement très étroit de l'œsophage. La malade eut en même temps une paralysie du voile du palais paraissant d'origine hystérique. L'examen de la fausse membrane permit de constater qu'elle était bien une escarre œsophagienne. Elle était, en outre, infiltrée du bacille court pris tout d'abord pour le bacille diphtérique. Le rétrécissement devenu plus étroit nécessita une gastrostomie pratiquée par M. Lejars. Elle est actuellement guérie.

Éruption syphilitique généralisée épargnant un membre atteint de paralysie infantile.

M. Danlos montre un malade atteint d'une éruption de syphilides papuleuses généralisée ; fait très intéressant, l'éruption n'existe pour ainsi dire pas sur le membre inférieur droit atteint de paralysie infantile. M. Danlos fait remarquer que le membre paralysé a une température moins élevée que l'autre membre. Il signale le fait sans vouloir émettre d'hypothèse pour l'expliquer.

M. Mercklen a observé le même phénomène dans un cas de variole et dans un cas de psoriasis.

Albuminurie orthostatique.

M. Bourcy a observé à l'hôpital Tenon deux malades atteints d'albuminurie orthostatique (due à la station debout). Un de ces malades atteint de grippe, avait de l'albumine. Elle disparut, il sortit guéri. Au bout de quelque temps il revint. On constata plusieurs fois et par intermittence de l'albuminurie. M. Bourcy ayant lu un article de M. le Pr Teissier (de Lyon) sur l'albuminurie orthostatique. Le malade tenu au lit n'avait pas d'albumine, elle réapparaissait dès qu'il se tenait debout, une demi-heure après. Au point de vue héréditaire, rien de bien particulier, si ce n'est un frère tuberculeux, il est lui-même malingre d'aspect dégénéré sans avoir de stigmates nombreux. La perméabilité rénale est normale. Rien ne permet d'expliquer cette albuminurie.

Le second cas est une jeune fille qui avait aussi de l'albumine chaque fois qu'elle se levait. Elle se nourrissait comme les autres malades, et l'albumine disparaissait toutes les fois que la malade restait au lit. Outre l'albumine, on rencontrait encore du mucus.

L'albumine disparaissait si la malade restait assise dans un fauteuil. Il est à noter que la malade a présenté à diverses reprises des menaces d'asphyxie locale des extrémités. Elle n'a aucun antécédent pathologique. Cette albuminurie, due à l'orthostase, doit être bien différenciée de l'albuminurie intermittente.

M. Mercklen signale un cas analogue, l'albuminurie signalée disparut durant une congestion pulmonaire. Elle reparut quand le malade se leva. Ce malade avait eu un vertige, M. Faisans fit examiner le fond de l'œil du malade, on trouva une dilatation des veines du fond de l'œil.

Ce qui paraît causer cette albuminurie est l'atonie vasomotrice. Le régime lacté est plutôt nuisible. Un régime fortifiant, le traitement aux eaux de La Bourboule ou à la mer, la médication ferrugineuse donnent d'excellents résultats.

M. Rendu signale le cas d'un médecin qui avait remarqué que son albuminurie ne survenait qu'à la suite de fatigue, et disparaissait par le repos. Il ne prit plus de précautions de régime. A la suite d'un voyage d'affaires, il fut atteint de grippe et mourut de complications urémiques. Chez un homme adulte et même âgé, ces albuminuries intermittentes marquent à son avis un début de lésion rénale.

M. Bourcy croit qu'il ne faut pas multiplier les cas d'albuminurie orthostatique ; pour donner cette épithète à une albuminurie, il faut que la station debout soit la seule cause de l'apparition de l'albumine.

Adénopathie consécutive à un cancer viscéral.

M. Troisier présente un malade de 30 ans, porteur d'adénopathies susclaviculaire et axillaire gauches dont les ganglions sont durs, non douloureux, mobiles, qui sont secondaires à une tumeur cancéreuse de l'abdomen. Ce malade n'a pas de lésions pulmonnaires. Dans un mémoire de Soupault, on affirme que l'examen microscopique seul permet d'affirmer la nature cancéreuse de ce ganglion. M. Troisier est persuadé que les signes cliniques suffisent pour faire cette constatation.

M. Hayem croit que la tumeur de l'abdomen de ce malade est d'origine ganglionnaire. J. N.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE.

Séance du 11 juin 1900. — Présidence de M. Brouardel.

De la possession des observations médicales.

M. Brouardel. — On m'a demandé mon avis sur le cas suivant : un médecin meurt, son fils unique, médecin aussi et déjà propriétaire de la maison occupée par son père, dont il veut reprendre la clientèle, se voit refuser, par sa belle-mère cohéritière, les observations médicales laissées dans son cabinet par le confrère décédé, et cela sous prétexte de sauvegarder le secret professionel. Il me semble que cette appréhension n'est pas fondée, car, dans l'espèce, il y a continuation du secret médical du premier médecin au second qui, en lui succédant, prend connaissance des observations médicales recueillies par son prédécesseur.

M. Danet, à qui j'ai parlé de cette affaire, est d'un avis différent, et pense qu'en principe il faudrait brûler ces papiers. Dans le cas particulier, comme il y a désaccord entre les cohéritiers, il semble que l'affaire doive être portée devant le tribunal qui les départagera.

M. Ladreit de la Charrière. — Quand un confrère vend son cabinet, il n'a pas le droit d'initier son successeur au passé pathologique de ses clients sans le consentement de ceux-ci, qui peuvent très bien vouloir se confier à un autre médecin que celui qui leur est présenté.

M. Rocher. — Je rappellerai que la jurisprudence n'admet pas la vente des clientèles médicales. Elle ne reconnaît que la vente du droit au bail, de l'achalandage de l'appartement, du mobilier, des chevaux et voitures. Un médecin n'a donc pas le droit de rétrocéder à son successeur des observations médicales, sans le consentement des personnes qui en sont le sujet. Je conclus donc, comme M. Danet, à la nécessité, dans le cas particulier, de brûler les observations.

M. Brouardel. — Je ferai remarquer que si après le décès de chaque médecin on brûlait ses observations médicales, ce serait au grand dommage des clients. — Sur la proposition de M. Brouardel, cette question est renvoyée à l'examen de la commission du secret médical.

De l'infanticide par strangulation à l'aide du cordon ombilical.

M. Dufour (de Marseille). — Ce mode d'infanticide est fort rare; Tardieu en a réuni quelques cas, et depuis il n'en a pas été publié de nouveau, même par M. Brouardel dans son livre récent. J'ai été appelé à examiner un nouveau-né dont le cadavre avait été abandonné. Cet enfant était bien conformé et venu à terme. Le cordon ombilical, qui n'avait pas été lié, formait, autour du cou, un nœud, et la striction était telle qu'elle avait déterminé sur la peau un sillon parcheminé. L'examen des poumons montre que l'enfant avait respiré et je conclus à la strangulation à l'aide du cordon ombilical. La mère, arrêtée peu après, avoua avoir donné la mort à son enfant par ce moyen. En cour d'assises elle nia, sur les conseils de son avocat, qui parvint à faire naître le doute dans l'esprit des jurés en se servant de l'opinion de Devergie. On sait, en effet, que tandis que Tardieu enseignait que dans la mort occasionnée par les circulaires du cordon, l'enfant ne peut respirer. Devergie a dit qu'un certain nombre de respirations pouvaient avoir lieu. La femme a été acquittée.

M. Brouardel. — Mon opinion se rapprocherait plus de celle de Devergie que de celle de Tardieu, en raison du fait suivant. J'ai été appelé quelques minutes après la naissance d'un enfant qui était étranglé par le cordon assez fortement pour que des ecchymoses aient été visibles pendant plus de huit jours, ce qui ne l'avait empêcher de pousser des petits cris.

Un pharmacien, maire de sa commune, ne peut lui vendre des médicaments.

La question de savoir si le maire d'une commune, — qu'il soit pharmacien ou que médecin il soit dans les conditions qui lui permettent l'exercice simultané de la pharmacie, — peut fournir des médicaments au Bureau de bienfaisance, a été soumise à la Société de Médecine légale. Cette Société a déclaré que la chose n'était pas possible, parce que la loi municipale s'oppose à ce que tout conseiller municipal travaille pour le compte de la commune.

Responsabilité des administrations dans la distribution aux populations urbaines d'eaux contaminées.

La Société a voté, à l'unanimité, les modifications proposées par M. Lefuel. G. Carrier.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

Rédacteur spécial: M. le Dr P. Keraval.

V. — Le dressage des jeunes dégénérés ou « orthophrénopédie »; par H. Thulié. Paris, 1900, in-8, de 678 pages avec 53 fig., *Progrès médical* et F. Alcan, éditeurs.

V. — Il n'est pas permis, à notre époque, de se désintéresser des questions de la dégénérescence mentale et de ses conséquences individuelles et sociales, surtout avec de tels livres.

L'ouvrage de M. Thulié vient, comme le dit l'auteur, dans sa lettre-préface à M. Th. Roussel, apporter sa part d'effort à la solution du problème suivant: Les jeunes détenus, qui ne sont pas atteints d'une affection mentale, ressortissant de l'asile des aliénés, sont encore éducables, ils ne doivent pas subir une répression seulement vengeresse et terrifiante, aussi inutile pour leur relèvement que décevante pour la défense sociale. *Les enfants et les adolescents coupables et vicieux* doivent être *redressés moralement par une éducation spéciale*, par un véritable dressage patiemment et longtemps continué. » Ce dressage, c'est l'orthophrénopédie. La première partie du volume embrasse l'*étude des dégénérés inférieurs*. En effet, pour élaborer une méthode de redressement des enfants vicieux, soit par dégénérescence héréditaire, soit par l'influence du milieu qui est le plus souvent une véritable dégénérescence acquise, il est indispensable de bien connaître les dégénérés inférieurs et le traitement par lequel, aujourd'hui, on obtient, chez eux, des résultats si inattendus. Ce n'est que par la parfaite connaissance des procédés employés pour leur relèvement qu'on pourra, pense M. Thulié, établir le traitement des *dégénérés supérieurs*. N'y a-t-il pas, depuis l'idiot le plus dégradé jusqu'au dégénéré supérieur, une gradation insensible, en passant par l'imbécillité et la débilité mentale, qui indique clairement que les procédés de traitement doivent suivre des méthodes analogues, mais de plus en plus affinées? Car ce sont les mêmes causes qui engendrent les mêmes défectuosités mentales, depuis les plus profondes jusqu'aux moins apparentes, depuis l'idiot le plus bestial jusqu'au déséquilibré le plus subtil. Cette première partie traite donc de l'état et de la thérapeutique orthophrénique des dégénérés inférieurs. Nous y trouvons, avec la restitution à chaque savant de ce qui lui est dû, l'historique, la classification, la définition, la description physique organique et intellectuelle de ces maladies. Après le traitement médical, vient le traitement médico-pédagogique. Celui-ci comporte l'éducation : des fonctions organiques, de celles du mouvement, de l'attention et de l'imitation, des sens, des fonctions intellectuelles. Les faits prouvent que l'assistance des idiots, des imbéciles, des épileptiques arriérés est absolument indispensable. Il s'agit, à présent, de montrer ce qu'est le *dégénéré supérieur* et le petit vagabond délinquant ou criminel. Tel est l'objet des premiers chapitres de la deuxième partie. Ensuite est examinée la législation de l'enfance coupable. Si, à ce point de vue, on a beaucoup fait, il y a encore beaucoup à faire. Ce qu'il y a à faire ayant été indiqué, quelle est la méthode de traitement applicable à tous ces malades de notre civilisation? L'auteur la trace, et c'est là la création grandiose en même temps qu'originale du livre, contenue dans les chapitres XVII à XXIV. Il est impossible d'en donner un aperçu, tant tout s'y tient; les applications mêmes des choses connues constituent d'ingénieuses trouvailles.

Qu'on lise et médite les premières mesures à prendre, l'esquisse de l'école de réforme l'entrée à l'école avec le classement, le réflexe de l'obéissance, l'éducation intellectuelle, la formation de la conscience par la théorie et la pratique. Je conçois, pour ma part, qu'à l'aide d'un semblable guide, on arrive à obtenir des redressements de la plupart des jeunes détenus, malgré la dégénérescence évidente. A quand l'outillage perfectionné nécessaire à la mise en train des méthodes qui composent une éducation réformatrice?

Il ne s'en suit cependant pas que ce soit une panacée. Les enfants qui n'auront pu, arrivés à l'époque de leur majorité, être relevés mentalement, seront de purs aliénés à séquestrer. A ceux qui auront été amendés, il faudra, en sus, *fixer le redressement*. On consolidera l'amélioration des hommes par l'assistance du patronage et le service militaire. Les femmes seront pourvues d'un métier, seront instruites au ménage ; on exaltera chez elles le sentiment de la maternité, soit pour en faire des mères de famille, soit pour les diriger vers les œuvres humanitaires, les soins des malades, le sauvetage des enfants, l'hospitalisation des vieillards. Et c'est ainsi que : 1° les réformes de la législation de l'enfance coupable ; 2° l'application sévère de la loi sur l'instruction obligatoire et la rafle systématique des réfractaires de l'école ; 3° la création d'écoles de réforme sur tout le territoire et le perfectionnement des colonies correctionnelles et pénitentiaires qui ont fait depuis quelque temps de si louables efforts et obtenu d'indéniables succès ; 4° l'application ferme et résolue d'un traitement médico-pédagogique ; 5° la consolidation de l'amélioration morale par les patronages et le service militaire, « rendront à la vie normale un certain nombre de malheureux que la dégénérescence héréditaire ou acquise aurait fatalement conduits à la prison, au bagne ou à la guillotine, si elle n'avait pas été énergiquement et scientifiquement combattue ».

VI. — Assistance et traitement des idiots, imbéciles, débiles, dégénérés amoraux, crétins, épileptiques (adultes et enfants). Assistance et traitement des alcooliques. Colonies familiales; par Pornain. Préface de M. Magnan. (Paris, in-8, 1900. *Progrès médical* et F. Alcan, edit.).

VI. — Ce volume est le septième de la Bibliothèque d'édu-

cation spéciale de M. Bourneville. Il représente, en quelque sorte, le code des efforts à réaliser, pour assister et traiter comme il convient, tous les malheureux dont il est fait mention dans le titre sus-transcrit.

Ainsi que le fait remarquer M. Magnan, dans sa préface, les progrès accomplis depuis quelques années dans le traitement et l'assistance des aliénés ont fait ressortir, dans la loi de 1838, tant critiquée et pourtant si sage et si prudente, des desiderata, impossibles à prévoir, il y a plus d'un demi-siècle, faciles aujourd'hui à réparer, et dont se sont préoccupés, avec juste raison, nos législateurs. Nous ne pouvons suivre M. Pornain dans ses démonstrations. Il montre vraiment jusqu'à l'évidence, que l'assistance des idiots, imbéciles, crétins, épileptiques et déments séniles n'est pas assurée par la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, qu'elle est insuffisante et que cependant elle s'impose. M. Pornain conseille le placement familial direct, le placement familial indirect, l'asile.

Le traitement du malade dans sa propre famille, avec allocation de secours individuel en argent, serait entouré de toutes les garanties possibles : enquête sur la moralité des intéressés, service de surveillance et d'inspection, société de patronage, etc. Le traitement dans des familles étrangères, ou *par colonies familiales*, doit être soumis au contrôle des commissions des aliénés, absolument comme des asiles proprement dits. Ces colonies doivent être le plus rapprochées possible du lieu de domicile des malades. *Le traitement à l'asile spécial, ou, à défaut, à l'asile ordinaire d'aliénés*, devient forcé, car il faut que l'hospitalisation soit obligatoire, dès que le placement familial, direct ou indirect, ne peut être utilement appliqué. Il est à désirer qu'un asile spécial soit consacré aux crétins, aux épileptiques, aux idiots et imbéciles *adultes* des deux sexes, dans les départements où le nombre de ces malades est assez élevé pour justifier cette création : en attendant, on les placera dans les asiles, en des quartiers annexes, en des divisions ou des sections spéciales. *Les enfants* crétins, épileptiques, idiots, imbéciles et dégénérés *amoraux*, doivent être reçus en *des asiles-écoles*, où on leur applique le *traitement médico-pédagogique et orthophrénique*. Ces asiles-écoles, distincts des asiles d'aliénés, au point de vue médical, peuvent en dépendre au point de vue administratif et économique. Ils peuvent être interdépartementaux.

Les enfants arriérés, indiscipliné, sans autres phénomènes morbides, et ceux déjà améliorés, seraient conduits à *des classes spéciales annexées à un ou plusieurs écoles municipales*. Toutes ces créations sont urgentes et sont à inscrire dans le nouveau projet de loi portant revision de la loi de 1838. Par contre, aucune des opérations chirurgicales (craniectomie, castration, clitoridectomie, etc.), préconisées comme moyens de traitement, de prophylaxie ou de guérison, n'est à exécuter. Il faut textuellement spécifier l'assistance *des dégénérés amoraux. Comment traiter les alcooliques?* Par l'asile spécial. Mais il faut pour cela, des dispositions législatives spéciales, qui permettent l'internement des buveurs d'habitude et leur maintenue à l'asile pendant le temps nécessaire à assurer leur guérison. En attendant, dans l'asile des aliénés actuel, les alcooliques seront réunis aux hystériques, épileptiques, idiots et imbéciles ; la division tout entière sera soumis au régime de l'abstinence.

Quant *aux aliénés victimes des erreurs judiciaires*, et quelquefois médicales, la science et l'humanité réclament la *revision* de la sentence qui les a frappés.

Ainsi termine judicieusement M. Pornain, et il complète son travail par un gros cahier de notes et observations qui constituent autant de documents parlants des plus suggestifs, de concert avec l index bibliographique. Ajoutons que M. Pornain, de même que M. Thulié, ont rendu pleine justice aux travaux et aux créations, à Bicêtre et à l Institut médico-pédagogique, de notre rédacteur en chef, M. le Dr Bourneville.

VII. — Étude sur les aliénés processifs ; par R. Bera. Toulouse, in-8, 1898.

VII. — Ce consciencieux travail, basé sur onze observations, presque toutes personnelles, montre qu'il existe, dans la catégorie des persécutés persécuteurs, un groupe spécial, a allures bien définies, le groupe des *persécutés processifs*. Individus tarés, généralement héréditaires, atteints de stigmates de dégénérescence somatique et psychique, méfiants, vaniteux, querelleurs, ils ont des sentiments affectifs peu développés, un jugement défectueux, et leur volonté, exaltée, devient souvent de l'entêtement. Ces malades se font remarquer par un esprit de chicane extrêmement accusé, qui constitue le symptôme prédominant et caractéristique de leur folie. Recrutés surtout dans les milieux ruraux, les processifs se distinguent par un amour démesuré, une déviation de l'instinct de la propriété, et c'est là la base de leur délire. Celui-ci procède généralement d'un fait, exact en totalité ou en partie, qui devient l'origine d'interprétations délirantes. Le processif se persuade qu'il est victime d'une injustice, entame procès sur procès, pour faire reconnaître ses droits méconnus, refuse d'exécuter les jugements auxquels il est condamné, plaide constamment, rédige des plaintes multiples, menace les autorités, et va parfois jusqu'à la violence et au meurtre. Il ne présente pas de désordre des actes, pas d'hallucinations, pas de troubles de la sensibilité générale. Il serait à désirer que les hommes de loi s'aperçoivent à temps qu'ils ont affaire à des malades, et que l'expertise médico-légale intervienne avant que le processif ait subi des condamnations, se soit ruiné, ait commis des actes regrettables. Le processif ne guérit pas ; à peine peut-on constater, et cela très rarement, des rémissions de courte durée. Mais il est possible que certains malades, faibles de caractère, laissent sommeiller leurs idées délirantes, s'ils sont dirigés par une personne ayant sur eux quelque influence. Ils ne peuvent évidemment être séquestrés indéfiniment, mais il ne doivent être remis en liberté qu'après un long internement, et lorsqu'on sera certain qu'ils ne reprendront pas, à la sortie de l'asile, leurs récriminations, leurs violences. Les processifs qui ne peuvent être rangés dans cette catégorie, et c'est la majorité, doivent être maintenus indéfiniment à l'asile, dans leur intérêt, comme dans celui de la société.

VIII. — Contribution à l'étude des obsessions et des impulsions à l'homicide et au suicide chez les dégénérés, au point de vue medico-légal ; par G. Carrier. Paris, in-8, 1899, *Progrès médical* et F. Alcan, éditeurs.

VIII. — Synthèse très complète de la dégénérescence mentale, dans ses rapports avec l'obsession et l'impulsion morbides, des syndromes correspondants et de leurs formes cliniques : quatorze observations. Etude historique non moins fouillée. Examen détaillé de l'obsession et de l'impulsion à l'homicide et au suicide, qui ne sont qu'un état secondaire symptomatique de la déséquilibration mentale, de leur marche, pronostic et thérapeutique. Telle est la matière nourrie des cinq premiers chapitres. Le chapitre du diagnostic est d'une importance considérable au point de vue médico-légal et social : il traite du diagnostic positif du syndrome ; de celui du terrain ; des états psychiques (épileptique, hypnotique), où l'on rencontre l'impulsion homicide inconsciente, de l'homicide en rapport avec une hallucination, une conception délirante, du désordre des idées, l'affaiblissement congénital ou acquis de la volonté ; et prouve que l'obsession impulsive à l'homicide se différencie nettement de tous les états psychiques morbides où l'on rencontre l'homicide ; de même, l'obsession impulsive au suicide se distingue des autres états psychopathiques où se rencontre le suicide, en ce que, dans ces états-là, ce dernier résulte, soit d'impulsions inconscientes, soit d'actes impulsifs relevant d'hallucinations, de conceptions délirantes, de désordre dans les idées, d'affaiblissement intellectuel. Les considérations médico-légales du dernier chapitre (chap. VII) envisagent : 1° la responsabilité dans l'obsession criminelle morbide ; 2° le dégénéré homicide devant la justice ; 3° l'assistance des dégénérés à impulsions homicides et suicides.

M. Carrier conclut : 1° les obsessions et impulsions à l'homicide et au suicide sont un stigmate psychique ou syndrome épisodique de la dégénérescence mentale. Le neurasthénique est au seuil de la dégénérescence ; 2° l'irresponsabilité de ces malades est absolue ; 3° le diagnostic doit se baser, non pas sur le crime lui-même, mais sur l'étude bio-pathologique du malade. D'où : *a*) nécessité de médecins-experts psychiatres ; *b*) necessité d'une expertise prudente et sûre ; 4° prophylaxie. Lutter contre les causes de dégénérescence, et apporter tous

ces soins à l'éducation des enfants dégénérés-arriérés, soit par l'annexion de classes spéciales à l'école ordinaire, soit par la création d'asiles-écoles ; 3° moyens de défense : *a*) faciliter l'internement des aliénés ; *b*) créer des quartiers spéciaux annexés aux quartiers d'asiles, où le malade impulsif conscient ne devra pas être confondu avec les malades impulsifs inconscients ou délirants ; *c*) créer des asiles prisons pour les criminels moraux ; *d*) la sortie des malades impulsifs criminels ne pourra s'effectuer que par jugement rendu par le tribunal, sur l'avis du médecin traitant.

IX. — De l'assistance des buveurs par l'internement dans un asile spécial ; par E. Coulonjou. Toulouse, in-8. 1899.

IX. — L'intoxication alcoolique est l'origine des maladies mentales et du crime, dans une forte proportion. L'abus de l'alcool prend de jour en jour des proportions plus inquiétantes. Il faut donc assister le buveur. Or, il est susceptible d'être traité. L'abstinence forcée et prolongée, obtenue par l'internement dans des asiles spéciaux, amène une moyenne de 35 à 40 0/0 de guérisons durables. Les asiles d'aliénés, ni les prisons, ne sont capables de guérir les buveurs. Ces asiles pour buveurs et des lois correspondantes, à l'étranger, ont donné des résultats appréciables. Il faut donc, en France, en créer et promulguer des lois consacrant le principe de l'internement des buveurs. Accessoirement, il faut : *a*) faire suivre le traitement à l'asile d'une période d'observation au dehors, en plaçant le buveur sous la tutelle de sociétés de tempérance bien organisées ; *b*) assister les familles de buveurs, le plus souvent besoigneuses et dignes d'intérêt. Tel est ce mémoire appuyé de sept observations personnelles et judicieusement établies.

X. — Alcoolisme et réforme sociale ; par G. Loiseau. Paris, in-8, 1900, J.-B. Baillière, édit.

X. — Il faut agir. L'alcoolisme est un facteur de dégénérescence pour l'individu et pour la race : preuves tirées de la morbidité et de la mortalité, de la criminalité, de l'aliénation mentale, de l'examen de la descendance. Il ne faut pas que l'Etat favorise l'alcoolisme, ou ait l'air de se désintéresser de ce péril social : danger du privilège des bouilleurs de cru, de la loi du 17 juillet 1880 sur les cafés, cabarets et débits de boissons. L'*action législative* doit, pour être efficace, comporter : 1° la suppression du privilège des bouilleurs de cru ; 2° la surélévation de l'impôt sur l'alcool, en fortifiant l'action de tous les services fiscaux, pour arriver à la répression plus complète de la fraude ; 3° un impôt progressif plus juste et plus conforme aux données du problème hygiénique ; 4° le dégrèvement du thé et du café ; 5° l'application stricte des lois répressives existantes sur l'ivresse, zones préservées, etc. ; 6° le vote de la loi sur la limitation légale des débits déposée au Sénat, en y introduisant les modifications nécessaires pour laisser aux communes la facilité de pratiquer l'opposition locale ou l'essai du système de Gothembourg (sociétés à concession). A *l'école*, l'étude de l'alcoolisme pénétrera toutes les parties du programme, en s'appliquant à l'âge des enfants, à leur degré d'instruction, l'anti-alcoolisme y fournira aussi un excellent moyen d'éducation. *Dans l'armée* ce sera la restriction et la prohibition de la vente de l'alcool, et la vulgarisation des boissons hygiéniques, telles que le thé, le kéfir à l'eau ; la suppression des cantines ; enfin la surveillance des débits de la garnison, l'établissement de sociétés de tempérance et de cercles de soldats : par tous ces moyens sera facilitée l'action morale de l'officier. En ce qui concerne *la marine*, l'Etat réglementera et surveillera les débits dans les ports de mer, fondera un cercle des équipages de la flotte en chaque port, créera des maisons de marins dans les ports de commerce qui n'en possèdent pas [illegible], progressivement, des maisons existantes, tout boisson distillée développera les œuvres de mer, réformera les conditions d'aménagement des postes d'équipage, supprimera les prescriptions réglementaires d'alcool, et organisera une surveillance rigoureuse à l'embarquement. Au *clergé* revient le devoir d'introduire l'enseignement anti-alcoolique dans les écoles libres, et l'éducation de même espèce dans les patronages et toutes réunions où l'action du prêtre peut s'exercer. Le *médecin* aura à supprimer la médication alcoolique, à dissiper l'ignorance de la classe ouvrière sur la valeur de l'alcool, à organiser des salles de réunion, des bibliothèques, à l'usage des infirmiers. Les *chefs d'industrie* feront de la propagande, institueront des sociétés de tempérance, distribueront des boissons rafraîchissantes et hygiéniques dans les usines, ateliers, etc., y interdiront l'alcool, renverront les alcooliques invétérés, amélioreront les habitations ouvrières, formeront des écoles ménagères, enseigneront à la femme du peuple son rôle dans la lutte antialcoolique. La création de cafés et restaurants de tempérance de cercles ouvriers, et le développement de l'éducation du peuple sont indispensables. Voilà les moyens principaux, selon M. Loiseau, à mettre en œuvre pour favoriser la réforme sociale, qui permettra au peuple de France de secouer le joug de l'alcoolisme.

GUIDE PRATIQUE OBSTÉTRICAL

La version podalique par manœuvres internes : par le Dr Leon Maire, ancien moniteur à la Clinique d'accouchements et de gynecologie de la Faculté.

I. — Indications. — 1° *Présentation de l'épaule pendant le travail* (lorsqu'on n'a pu réussir par manœuvres externes) ; 2° *Accidents vers la fin du travail* (hémorragie graves, rupture utérine, etc.) quelle que soit la présentation ; 3° *Présentation de la face* (lorsque cette partie reste élevée et ne se fléchit, ni ne se défléchit ; 4° *Bassins asymétriques* (quand la tête est en bas et l'occiput du côté de la partie rétrécie.

II. — Conditions nécessaires. — 1° Orifice utérin complètement dilaté ou suffisamment dilatable ; 2° Partie fœtale pas trop engagée (pour pouvoir la repousser) ; 2° Bassin pas trop rétréci ; 4° Membranes intactes ou récemment rompues ; 5° Utérus pas trop rétracté (sans quoi l'évolution ne pourrait se faire sans rupture utérine).

III. — Soins préliminaires. — A. *Mère.* — *a*) Prévenir la mère ou, à défaut, le parent le plus proche ; *b*) s'assurer de trois aides : un pour chaque jambe, le troisième pour l'anesthésie éventuelle ou pour retenir la parturiente par les aisselles ; *c*) vider la vessie ; *d*) vider le rectum ; *e*) la mettre dans la position obstétricale sur *un lit élevé et peu élastique* ; *f*) antisepsie des organes génitaux.

B. *Enfant.* — *a*) De quoi le ranimer (baignoire, eau chaude, insufflateur, farine de moutarde, deux grands vases, pince à langue, etc.) ; *b*) forceps (pour être appliqué éventuellement sur la tête dernière).

C. *Accoucheur.* — *a*) S'assurer du parquet (s'il est ciré on jette de l'eau et l'on recouvre d'un drap) ; *b*) fixer les manches au-dessus du coude ; *c*) antisepsie des avant-bras et des mains ; *d*) enduire de vaseline *stérilisée* l'avant-bras et la *face dorsale* de la main qui doit opérer.

IV. — Manuel opératoire. — *Premier temps.* — Introduction de la main. Dans l'intervalle des contractions : *choix de la main* : sommet et face : main dont la face palmaire regarde le plan antérieur du fœtus ; épaule : main du même côté que la tête par rapport à l'accoucheur. (Ex. : tête à droite = main gauche). *Introduction de la main* : en tronc de cône, l'autre écartant les grandes lèvres, puis la première ayant pénétré dans le canal vulvaire, *on place la seconde sur le fond de l'utérus.*

Deuxième temps. — Rupture des membranes. Dans l'intervalle des contractions : enfoncer tout de suite le bras pour empêcher le liquide amniotique de sortir.

Troisième temps. — Saisie des pieds. Dans l'intervalle des contractions. Prendre, si possible, les deux pieds, sinon : *choix du pied* : sommet et face : pied antérieur ; épaule ; dorso-antérieures (pied inférieur), dorso-postérieures (pied supérieur).

Quatrième temps. — Evolution. Dans l'intervalle des contractions : on tire *lentement* en bas. *L'autre main reste placée sur l'abdomen* et suit les progrès jusqu'à ce que le pied saisi soit à la vulve.

Cinquième temps. — Extraction. Pendant les contractions.

(*Remarque* : ne jamais prendre le fœtus en appuyant sur l'abdomen.) *a*) On tire *en bas* et *lentement* sur le pied saisi jusqu'à ce que l'ombilic soit visible ; *b*) *on fait une anse flottante au cordon* ; *c*) on continue à tirer jusqu'à ce que l'autre jambe se dégage ; *d*) on prend alors chaque cuisse, dans chaque main, à pleine main, chaque pouce se trouvant sur chaque fesse, et on continue à tirer jusqu'à ce que les épaules apparaissent à la vulve ; *e*) on saisit les deux jambes du fœtus dans la même main, celle dont la face palmaire regarde le ventre du fœtus ; *f*) avec l'autre main on dégage les deux épaules, en commençant par l'épaule postérieure : on met le pouce dans l'aisselle du fœtus, les deux doigts suivants en attelle sur le bras ; on fait passer ce bras le long de la face du fœtus de façon à ce qu'il ait l'air de le moucher ; *g*) on termine par la manœuvre de Mauriceau.

Manoeuvre de Mauriceau. — 1° Prendre les deux jambes du fœtus dans la main dont la face palmaire regarde le plan postérieur du fœtus; 2° introduire l'index et le médius de l'autre main dans le vagin et ensuite dans la bouche du fœtus; 3° Mettre le fœtus à cheval sur le bras correspondant aux doigts introduits dans la bouche; 4° placer l'index et le médius de la main devenue libre à cheval sur le cou du fœtus, *en évitant bien de les replier en crochet* (compressiou du plexus cervical); 5° tirer, pour amener la tête sur le plancher périnéal ; 6° rotation interne, pour amener la tête en occipito-pubienne ; 7° tirer pour engager l'occiput sous la symphise ; 8° dégagement en appuyant sur le maxillaire inférieur et relevant le fœtus, en lui faisant décrire une arc de cercle, comme pour amener son dos sur le ventre de la mère pendant qu'un aide soutient le périnée.

Difficultés. — 1° *Indocilité de la femme* : anesthésie.

2° *La vulve ou l'orifice vaginal inférieur sont trop étroits pour taisser pénétrer la main* (étroitesse congénitale, contracture spasmodique. etc.). Se servir de vaseline et user de patience ; en cas d'insuccès, anesthésie.

3° *La vulve est très œdématiée* (albuminurie, introduction répétée de la main dans les organes génitaux). Des mouchetures diminueront le volume de cet œdème.

4° *On se trouve en présence de tumeurs de ta vulve ou du vagin.* Il est rare que leur volume empêche l'introduction de la main. Dans le cas contraire, on ponctionne la tumeur, si elle est liquide ; on l'enlève si elle est solide.

5° *La main est arrêtée par des brides cicatricielles ou des cloisons du vagin.* On débride au bistouri ou aux ciseaux.

6° *Le vagin s'est rétracté sous l'influence d'injections répétées et chaudes.* On lubréfie largement le vagin avec de la vaseline.

7° *Il y a procidence du cordon.* On le remonte aussi haut que possible sans le serrer, de façon à ne pas le comprimer avec l'avant-bras.

8° *Il y a procidence d'un bras.* On met un lac sur le poignet et on confie le lac à un aide. Quand on arrive au dégagement du tronc, on reprend le lac et on empêche ainsi le relèvement du membre supérieur. Si la main était dans le vagin, on l'abaisserait pour mettre le lac. Si on ne peut pas l'abaisser, on passe les cinq doigts de la main droite en cône dans le nœud coulant du lac, on introduit ainsi cette main dans le vagin, avec le bout des doigts on saisit la main du fœtus, et enfin, avec les doigts de la main gauche, on fait glisser le lac. de sa main sur le poignet du fœtus, après quoi on tire pour serrer le nœud coulant.

9° *Il y a procidence des deux bras.* On agit *séparément* pour chaque bras de la façon indiquée plus haut, donc *deux lacs.*

10° *Le col n'est pas complètement dilaté* : *a*) il y a urgence à intervenir ; anesthésie, dilatation avec le ballon de Champetier, l'écarteur de Tarnier, ou mieux avec les doigts introduits successivement ; *b*) il n'y a pas urgence ; on attend, ou bien s'il y a intérêt à changer la présentation, on introduit la main à travers l'orifice incomplètement dilaté, on fait évoluer le fœtus et on met un lac au pied amené, puis on attend la dilatation complète.

11° *On se trouve en présence de tumeurs du col.* Rarement elles sont assez volumineuses pour empêcher la version. Dans le cas contraire, celle-ci est contre-indiquée, à moins que la tumeur ne puisse être enlevée simplement et rapidement.

12° *Placenta inséré complètement sur le segment inférieur.* On décolle rapidement la partie du placenta qui se présente, on rompt largement les membranes et on pénètre dans l'œuf : l'avant-bras fait fonction de tampon, et il n'y a pas d'hémorragie grave.

13° *La partie fœtale ne peut pas être rétropulsée.* Renoncer à la version.

14° *La main chemine dans l'œuf, il survient une contraction utérine.* La main doit être maintenue à plat, contre le fœtus, tant que dure la contraction, (fermée, ses saillies articulaires favoriseraient la rupture utérine.)

15° *L'utérus reste contracté, tétanisé,* (seigle ergoté). Bain, injection de morphine anesthésie. Si la rétraction est trop prononcée, renoncer à la version.

16° *La main se fatigue par les contractions.* Changer de main.

17° *On ne peut arriver à saisir un pied.* Accrocher un genou à l'aide d'un doigt placé dans le creux poplité et l'abaisser. Si c'est impossible, mettre la femme dans le décubitus latéral, introduire la main qui porte le nom du côté sur lequel la femme est couchée. On peut encore mettre dans la position génu-pectorale.

18° *Il y a des circulaires du cordon.* Les faire passer pardessus le fœtus.

19° *Le pied glisse.* Sortir la main et la réintroduire, l'extrémité des doigts passée dans un lac à longs chefs que l'on glissera sur le pied au niveau des malléoles.

20° *Il est impossible de faire évotuer le fœtus.* Faire mettre la femme dans le decubitus latéral ou dans la position génu-pectorale. Si la fixité du fœtus persiste, renoncer à la version.

21° *On a saisi le mauvais pied.* On peut tenter d'abaisser l'autre pied, en tirant, à l'aide d'un index introduit dans l'angle aigu formé par la cuisse et l'abdomen sur lequel elle est fléchie. Si ce n'est pas possible, entourer cette jambe d'une compresse et tirer en décrivant un mouvement d'hélice qui amènera le dos en avant. (Lorsque cette rotation se fait spontanément. elle se fait par le chemin le plus long, il y a donc indication a imiter la nature).

22° *Le cordon est tendre, on ne peut faire une anse.* On le lie, on le coupe et on termine le plus rapidement possible l'extraction. S'il est trop haut pour être lié, on comprime le bout fœtal entre deux doigts jusqu'à ce qu'il apparaisse, ou bien, on place sur ce bout une pince longuette ou une pince clamp.

23° *Un des bras ne peut absolument pas être dégagé.* On dégage la tête sans s'en occuper, il peut y avoir alors fracture de l'humérus, mais la guérison en est relativement simple.

24° *La tête est retenue par le col.* Tirer en plaçant les mains comme pour la manœuvre de Mauriceau. Si on échoue : forceps sur la tête dernière. Comme suprême ressource : débrider le col aux ciseaux.

25° *L'occiput est en arrière.* Chercher à le ramener en avant, en confiant les jambes du fœtus à un aide qui le supporte pendant qu'on essaie la rotation, en plaçant les mains comme pour la manœuvre de Mauriceau. Si on échoue, relever fortement le tronc du fœtus, en ramenant son plan antérieur vers le plan antérieur de la femme et dégager ventre contre ventre. Si cette manœuvre elle-même ne réussit pas recourir au forceps.

26° *La tête est retenue au détroit supérieur rétréci.*

Manoeuvre de Champetier. — A. Prendre les deux jambes du fœtus dans la main dont la face palmaire regarde le plan postérieur du fœtus. — B. Introduire l'index et le médius de l'autre main dans le vagin et ensuite dans la houche du fœtus. — C. Confier les deux jambes du fœtus à un aide, ou à défaut mettre le fœtus à cheval sur le bras correspondant au doigt introduit dans la bouche. — D. Placer l'index et le médius de la main devenue libre, à cheval sur le cou du fœtus, *en évitant bien de les replier en crochet,* (compression du plexus cervical) — E. Pousser, à l'aide des doigts placés dans la bouche, la tête du côté de l'occiput, pour la refouler dans la fosse iliaque correspondante. — F. Tirer sur le maxillaire inférieur pour fléchir la tête, pendant qu'un second aide, placé à

genoux sur le lit ou la table d'opération, refoule avec la paume de la main, à travers la paroi abdominale, la tête dans la même direction que l'opérateur du côté de l'occiput d'abord, et en bas ensuite en appuyant sur le front. — G. *a*) Ordonner à l'aide qui tient les jambes de tirer progressivement; *b*) Faire pousser fortement par le second aide la tête dans l'axe du bassin; *c*) Pendant ce temps, tirer en haut et en avant à l'aide des deux mains pour engager le pariétal postérieur d'abord, le pariétal antérieur ensuite, (en tirant alors en bas). — H. La tête ayant ainsi franchi le détroit supérieur, terminer par la manœuvre de Mauriceau.

En cas d'insuccès de la manœuvre de Champetier, terminer par la symphiséotomie rapide si l'enfant est vivant, ou par la basiotripsie, s'il y a peu ou pas d'espoir.

CONGRÈS INTERNATIONAUX

Congrès international de médecine professionnelle et de déontologie médicale.

(*Paris*, 23-28 *juillet* 1900.)

Le comité exécutif du Congrès international de médecine professionnelle communique au corps médical les divers avis suivants :

Pour être insérée au programme officiel, toute communication doit être adressée au bureau du Congrès, 120, boulevard Saint-Germain, Paris, *avant le 1er juillet* 1900 (art. 10 du règlement), ou inscrite avant ce dernier délai sur le registre des communications au Congrès, actuellement déposé à la librairie Masson.

Toute modification au programme officiel ou avis concernant l'emploi du temps des congressistes pendant la journée seront affichés chaque matin dans les salles de réunion des diverses sections.

Les orateurs sont avertis qu'il n'y aura pas de sténographes dans les salles ou amphitéâtres de la Faculté de Médecine. Ils devront faire eux-mêmes, séance tenante, un court résumé en langue française de leur communication.

Ce résumé servira de texte officiel pour la rédaction des comptes rendus et les communications à la presse. Il devra être immédiatement remis aux secrétaires de section. En l'absence de ce résumé, celui du secrétaire sera adopté.

Les délégations d'Universités, Sociétés, Chambres médicales, Conseils d'ordre, Collèges médicaux, qui désirent voir figurer les noms de leurs représentants sur les publications du Congrès, sont informés que la liste sera close le 1er juillet prochain. Un bureau de poste restante sera établi par les congressistes, durant la session, à la librairie Masson.

VIIIe Congrès international de Médecine.

En réponse à des demandes nombreuses qui lui ont été adressées, le Comité exécutif du XIIIe Congrès international de Médecine a décidé que les dentistes non docteurs en médecine, mais pourvus d'un *diplôme d'Etat* français ou étranger, pourront se faire inscrire comme membres du Congrès dans la section de stomatologie.

Envoyer les adhésions aux bureaux du Congrès, 21, rue de l'École-de-Médecine, Paris.

Programme des fetes qui seront offertes à MM. les membres du XIIIe Congrès international de médecine.

Le 2 aout, jour de l'ouverture du Congrès, fête offerte le soir par M. le Président du Conseil, au nom du gouvernement de la République.

Le 3 août, fête, le soir, sur invitation, offerte par M. le Président du Congrès.

Le 5 août, réception des membres du Congres, le soir, par M. le President de la République au Palais de l'Elysée.

Le 8 aout, fête, le soir, dans le Palais du Sénat et le jardin du Luxembourg, offerte aux membres du Congrès par le Bureau et les Comités d'organisation du Congrès.

En outre, des fetes particulières seront organisées dans la plupart des sections. Pour toutes ces fêtes, seront invitées les femmes, filles et sœurs de MM les membres du Congrès. Un Comité de dames est organisé pour la réception des femmes, filles et sœurs de MM. les membres du Congrès.

Pour compléter le *programme des fêtes* qui auront lieu pendant le Congrès, nous pouvons annoncer qu'une grande fête sera donnée par le Conseil municipal de Paris, dans les salons de l'Hotel-de-Ville, le 7 août, dans la soirée. D'autre part, un comité des dames s'est formé sous la présidence de Mmes Lannelongue et Brouardel. Ce comité disposera, à la Faculté de Médecine, d'une très belle salle, où les dames congressistes pourront retirer leurs insignes, se réunir et trouver, auprès des dames membres du Comité, tous les renseignements qui leur seront utiles. Nous rappelons que, pour recevoir, en temps utile, leur carte et leur feuille de chemin de fer, les membres du Congrès ont le plus grand intérêt à envoyer, le plus tôt possible, leur adhésion au Bureau du Congrès, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris. (18 juin.)

VARIA

Inauguration du monument de Jean Hameau.

Le Dr Jean Hameau, ce modeste praticien de la Teste de Buch (Gironde), qui, en 1818, découvrit la pellagre en France et publia, dès 1836, une *étude sur les virus*, où il se montra le vrai précurseur de Pasteur, vient de recevoir les honneurs posthumes que méritaient ses travaux passés, inaperçus durant toute sa vie. Le corps médical de Bordeaux, dès 1898, avait décidé d'élever un monument à ce modeste et grand médecin de campagne. L'inauguration de la statue de Hameau a eu lieu le 27 mai dernier à la Teste de Buch. Des discours ont été prononcés par le Dr Laude, maire de Bordeaux, président de l'Union des syndicats médicaux de France ; par le Pr Lannelongue (de Bordeaux), par MM. Lutzy, Lalanne, Cazeuvieilh, etc., etc. Tous ont célébré la gloire un peu tardive du savant méconnu, qui ne reçoit que soixante ans après sa mort le juste hommage dû à son génie. Combien de savants de valeur restent inconnus avec notre organisation actuelle de concours à outrance. A côté de Hameau, ne peut-on pas citer Duchenne (de Boulogne), Morvan, de Lanilis et Derozier, honneurs de la science médicale qui, dépourvus de titres officiels durent rester au second plan pendant toute leur vie et n'ont qu'imparfaitement recueilli, après leur mort, la place qu'ils méritent. J. N.

Le Centenaire de l'Académie de Lyon.

L'Académie de Lyon vient de célébrer, fin mai, son deuxième centenaire par des réunions et des fetes brillantes.

La séance d'ouverture a été plus spécialement consacrée à des discours où les orateurs ont fait l'historique de l'Académie. On remarquait dans l'assistance : MM. le comte d'Haussonville, marquis de Costa de Beauregard, vicomte de Vogüé, de l'Académie française ; MM. les Prs Chauveau et Bouchard, de l'Académie des Sciences de Paris ; Camille Jordan, de l'Académie des Sciences, et de nombreuses notabilités lyonnaises. Des discours ont été prononcés par MM. Beaune, d'Haussonville, le vicomte de Meaux, qui a parlé des progrès des études historiques en France au XIXe siècle, et par M. Beton, qui a raconté les divers séjours de Molière à Lyon. Un banquet de 200 couverts a eu lieu à cette occasion dans les salons Monnier. M. le Pr Ollier, l'éminent chirurgien lyonnais, présidait. Après un toast de M. Marty, secrétaire général, M. le Pr Ollier a annoncé, aux applaudissements de l'assistance la nomination de M. Rougier, professeur à la Faculté de Droit de Lyon, comme chevalier de la Legion d'honneur; de MM. Armand Caillat, Perrin, Dr Horand, comme officiers de l'Instruction publique; et de MM. Leger et Tavernier, comme officiers d'Académie. (*Gaz. méd. de Paris*).

La réduction de taxe des chevaux et des voitures des médecins.

Nos lecteurs savent que, grace à M. le Dr Dron, député du Nord, les médecins ont obtenu le dégrèvement partiel de la taxe des chevaux et des voitures nécessaires à l'exercice de leur profession. L'application de cette détaxe a présenté quel-

ques difficultés, sur lesquelles M. le Dr Cézilly, directeur du *Concours Médical*, a demandé quelques éclaircissements à l'Administration. Le Directeur des Contributions directes a répondu à notre confrère la lettre suivante :

« Vous m'avez consulté sur la question de savoir dans quelles conditions doit être appliqué aux voitures et chevaux des médecins le bénéfice de la demi-taxe qui leur a été accordé par l'article 4 de la loi du 11 juillet 1898.

« La disposition législative dont il s'agit stipulant, en faveur des docteurs en médecine, officiers de santé et vétérinaires, un traitement identique à celui qui est accordé aux autres patentables par l'article 6 de la loi du 23 juillet 1872, il s'ensuit qu'ils ont droit aujourd'hui au bénéfice de la réduction à la demi-taxe pour toutes les voitures et pour tous les chevaux qu'ils emploient *habituellement* à l'exercice de leur profession.

« La seule difficulté qui puisse se présenter consiste donc dans l'appréciation de l'affectation habituelle des éléments imposables, c'est-à-dire dans une question de fait sur laquelle les tribunaux administratifs seuls peuvent être utilement appelés à se prononcer. »

La lutte contre l'alcoolisme.

Un groupe d'ouvriers, comprenant qu'une des causes les plus puissantes de l'asservissement des travailleurs est l'alcoolisme a résolu de fonder une « Ligue des travailleurs contre l'alcoolisme ». Cette ligue a son siège social à Paris, 28, rue Malar. Nous sommes heureux de voir le mouvement anti-alcoolique s'étendre aux ouvriers, car c'est parmi eux que l'alcool fait le plus de ravages. Nous sommes persuadés que, le jour où il sera débarassé du fléau alcoolique, l'ouvrier, pourvu d'une épargne suffisante, jugeant les conditions économiques de son travail avec plus de justesse et de sang-froid, disposera d'une force sociale beaucoup plus considérable et n'aura aucune peine à faire triompher ses revendications. J. N.

Traitement hydrominéral de la lèpre.

Un correspondant de Copenhague écrit au *Temps* :

Le célèbre dermatologue danois, Dr Edouard Ehlers, est rentré à Copenhague, ayant terminé son voyage d'études en Crète et en Bosnie. En Crète, où il y a six ou huit cents lépreux, M. Ehlers a, sur la demande du prince Georges, gouverneur général, visité toute l'île, et il a élaboré un projet pour le traitement des malheureux malades qui, dès à présent, seront isolés. M. Ehlers a fait ensuite un voyage en Bosnie. M. de Kallay, gouverneur de cette province, l'avait invité au nom du gouvernement austro-hongrois. On a fait dans les deux dernières années en Bosnie, sur l'initiative de M. de Kallay, des expériences très intéressantes, car on a traité douze lépreux à la source Gruber, dont l'eau contient de grandes quantités d'arsenic, de sulfate de fer et de sulfate de zinc. Le traitement a donné d'excellents résultats : le développement de la maladie des 12 lépreux a été complètement arrêté. M. Ehlers et le conseiller de santé autrichien, M. Gluck, feront au congrès médical à Paris, en août, des communications sur cet essai de traitement. Le gouvernement autrichien va établir maintenant, suivant le conseil de M. Ehlers, une colonie d'essai dans la vallée de la Drina ; on veut conduire l'eau de la source de Gruber à cette vallée.

Empoisonnement par la ciguë

Une famille de Longwy (Meurthe-et-Moselle), a été empoisonnée par une soupe au cerfeuil dans laquelle se trouvait mêlée de la ciguë. Les autres membres de la famille en ont été quittes pour une forte indisposition. Nous rappellerons à ce propos qu'il est quatre espèces de ciguës : la grande ciguë, la ciguë vireuse, la ciguë aquatique ou phellandrie et la petite ciguë. La grande ciguë est employée en médecine ainsi que son alcaloïde la conicine. La ciguë véreuse est la plus tonique, toutes ces plantes contiennent un poison narcotico-âcre qui détermine des effets stupéfiants : vertiges, céphalalgies, nausées, obnubilation, anxiété cardiaque et même stupeur, syncope, ralentissement du pouls, dyspnée et refroidissement, paralysies des jambes, tout en respectant très souvent l'intelligence. La ciguë employée jadis comme anaphrodisiaque est encore administrée dans le cancer, la phtisie et contre la coqueluche.

Pour combattre les effets toxiques des ciguës, après avoir administré un vomitif et pratiqué un lavage d'estomac, on aura recours aux stimulants cardiaques : café, caféine en injections hypodermiques, injections d'éther, etc.

Accouchement simulé.

Un jeune médecin, nouvellement promu, s'installait. Une dame vint le trouver, présentant l'aspect extérieur d'une personne devant prochainement accoucher. Il ne l'examina pas et fut tout réjoui lorsque cette dame lui demanda si elle pouvait compter sur lui pour l'assister pendant son accouchement. Quelques jours plus tard, il est appelé par sa cliente qui, disait-on, était prise de douleurs. Il se rend à son appel et à son arrivée une femme lui montre un enfant déjà emmailloté, lui disant : « Docteur, vous arrivez un peu tard, mais si vous le voulez bien, vous nous rendrez un grand service en allant déclarer la naissance à la mairie. » Le jeune médecin, sans examiner ni la mère ni l'enfant, va faire sa déclaration de naissance, puis ne s'occupe plus de rien. Quelques mois après, on apprit que cette cliente avait acheté le nourrisson à une nouvelle accouchée et qu'elle avait commis ce délit pour amener un vieillard, avec lequel elle vivait depuis longtemps, à la prendre comme femme légitime. A la suite de l'enquête, la femme fut poursuivie et le médecin fut impliqué dans la poursuite comme complice.

M. Brouardel put heureusement intervenir auprès du Procureur de la République et notre confrère ne fut pas inquiété. (*Monit. de Thérap.*)

Avantages des petits établissements hospitaliers.

« On a dit que la sévérité dont j'usais quelquefois, mal interprétée par les gardiens, deviendrait une excuse à leur brutalité. Imagine-t-on que, dans un traitement bien dirigé, on laisse, à un gardien, le pouvoir d'être brutal envers son malade ? Non certes ; et le gardien guidé, surveillé, comme il doit l'être, restera dans la ligne de ses devoirs. Les partisans des grands hospices peuvent craindre cette objection, parce que, dans un grand hospice où le médecin lui-même ne connaît pas la moitié de ses malades, ceux-ci sont pour la plupart du temps abandonnés aux gardiens ; mais dans un établissement peu nombreux, où chaque individu est connu, étudié, apprécié, la brutalité des gardiens n'est pas possible, ou si elle avait lieu une fois, elle ne se renouvellerait pas. Le principe que je m'efforce de faire prévaloir conserve donc toute sa force ; les objections qui me sont adressées ne le détruisent pas, seulement elles font ressortir le vice des établissements actuels qui, pour la plupart, ne permettent pas de le mettre en pratique. (Leuret, *Traitement moral de la folie*, p. 139.)

Le travail des enfants dans les orphelinats.

La chambre criminelle de la Cour de cassation examine en ce moment une question fort intéressante relative à l'application de la loi de 1892 sur le travail des enfants. Voici à quel propos : Le tribunal de simple police d'Angers a acquitté la dame Luteau, religieuse, directrice de l'orphelinat de cette ville, poursuivie du chef de contravention à l'article 11 de la loi du 2 novembre 1892, pour avoir fait travailler des enfants en dehors des heures fixées par le règlement affiché, conformément à la loi. Le jugement s'appuie sur ce fait que les enfants n'avaient pas travaillé au delà du temps fixé par l'article 3. Sur l'ordre du garde des sceaux, le procureur général près la Cour de cassation, s'est pourvu, dans l'intérêt de la loi, contre ce jugement. Selon le pourvoi, l'infraction existe par ce fait qu'il y a modification des heures de travail sans autorisation de l'inspecteur départemental, dont le visa figure au bas du règlement. Le conseiller Accarias, rapporteur, n'admet pas cette thèse et conclut au rejet. (*Le Temps.*)

Les Épidémies.

La peste.

Les *Archives russes de pathologie* estiment que du 1er octobre 1896 au 1er janvier 1900, 52.207 personnes ont été frappées de la peste bubonique dans la seule ville de Bombay. Sur ce chiffre, 44.417 seraient mortes, soit 87 0/0. Et depuis le 1er janvier la situation n'aurait fait qu'empirer.

La fièvre typhoïde.

Le bruit a couru que la fièvre typhoïde aurait fait plusieurs victimes au lycée Louis-le-Grand. L'agence Havas a communiqué à la presse mardi 19 juin, la note suivante :

« On a demandé de divers côtés, dans la journée, au ministère de l'instruction publique, des renseignements sur l'état sanitaire du lycée Louis-le-Grand. Trois élèves du lycée Louis-le-Grand et un répétiteur sont en ce moment à l'infirmerie, atteints d'une affection gastrique fébrile qui présente les symptômes typhiques. L'un de ces malades est convalescent ; l'état des trois autres ne paraît pas présenter de gravité. Aucun cas ne s'est déclaré depuis le 13 juin. Toutes les mesures hygiéniques et prophylactiques ont été prises. La commission sanitaire des lycées et collèges, récemment constituée par M. Leygues, ministre de l'instruction publique, a été convoquée et se réunira demain matin au lycée Louis-le-Grand. »

La commission d'hygiène après s'être réunie a constaté que l'état des malades était très satisfaisant et qu'au point de vue hygiénique le lycée Louis-le-Grand ne laissait rien à désirer.

Enseignement médical libre.

Clinique ophtalmologique. — Nous apprenons que le Dr MEYER s'est associé le Dr KOPFF comme collaborateur, à sa clinique des maladies des yeux, 13, rue St-Guillaume.

Cours de chirurgie oculaire. — M. le Dr A. TERSON, le jeudi, à 5 heures. Ce cours est gratuit. S'inscrire d'avance, 52, rue Jacob, tous les jours, de 1 à 2 heures.

Cours complets élémentaires et pratiques de vénéréologie et de gynécologie. — Deuxième série des cours de l'infirmerie de Saint-Lazare. — Mardi, M. Wickham, *syphiligraphie*. Jeudi, M. Verchère, *vénéréologie*. Samedi, M. Ozenne, *gynécologie*. Le cours comprend dix-huit leçons.

Maladies nerveuses et mentales. Hypnotisme. — M. le Dr BÉRILLON, lundis et vendredis, à 5 heures du soir, à l'école pratique de la Faculté de médecine, amphithéâtre Cruveilhier, *applications cliniques, psychologiques et médico-légales de l'hypnotisme.*

Cours particulier de technique microscopique spéciale pour l'étude des organes génitaux de la femme et le diagnostic des altérations pathologiques s'y rapportant. — Le Dr LATTEUX, chef du laboratoire de l'hôpital Broca, commencera un nouveau cours le 18 juin, à 4 heures, dans son laboratoire, 5, rue du Pont-de-Lodi. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses exigées journellement par la profession médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Tous les instruments nécessaires sont à leur disposition. On s'inscrit d'avance, au laboratoire, de 4 à 5 heures, excepté le samedi. Un cours pratique de *bactériologie générale* commencera le 25 juin, à 2 heures.

FORMULES

XXXII. — Contre l'eczéma des enfants.

Résorcine. . . .	0 gr. 5 centigr. à 1 gramme.
Soufre lavé. .	2 grammes à 4 grammes.
Lanoline. .	5 — 10 —
Axonge	100 grammes.

En applications externes. (Warenne-Allan).

ERRATUM.

Dans notre dernier numéro (page 383) il s'est glissé une erreur typographique dans la formule XXXI, au lieu de :

Acétate neutre de plomb. .	*àà* 0 gr. 15 centigr.
Terpine.	
Poudre de Dower . . .	0 — 10 —

C'est :

Acétate neutre de plomb.	*àà* QUINZE MILLIGRAMMES.
Terpine	
Poudre de Dower . . .	0 gr. 10 centigr.

qu'il faut lire.

L'ESPRIT DES AUTRES. — « ... Le doute pèse, mais comme il nous porte à chercher la vérité, nous devons le regarder comme un bien, tandis que la certitude que nous croyons avoir d'une chose erronée, nous retient dans une erreur invincible. » (Leuret, *Traitement moral de la folie*, p. 151.)

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 10 juin au samedi 16 juin 1900, les naissances ont été au nombre de 1168 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 444, illégitimes, 168. Total, 612. — *Sexe féminin* : légitimes, 402, illégitimes, 154. Total, 556.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1896 : 2.511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 10 juin au samedi 16 juin 1900, les décès ont été au nombre de 942, savoir : 530 hommes et 412 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 6, F. 8. T. 14. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole: M 9, F. 9, T. 18. — Scarlatine : M. 0, F. 1, T. 1. — Coqueluche : M. 4, F. 2, T. 6. — Diphtérie. Croup : M. 1, F. 4, T. 5. — Grippe : M. 0, F. 0, T. 0. — Phtisie pulmonaire : M. 114, F. 67, T. 181. — Méningite tuberculeuse : M. 9, F. 4, T. 13. — Autres tuberculoses : M. 12, F. 6, T. 18. — Tumeurs cancéreuses : M. 28, F. 34, T. 62. — Tumeurs autres : M. 0, F. 4, T. 4. — Méningite simple : M. 14, F. 9, T. 23. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 17, F. 20, T. 37. — Paralysie, M. 7. F. 5, T. 12. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 2, T. 6. — Maladies organiques du cœur : M. 28, F. 20, T. 48. — Bronchite aiguë : M. 4, F. 2, T. 6. — Bronchite chronique : M. 13, F. 12, T. 25. — Broncho-pneumonie : M. 16, F. 13, T. 29. — Pneumonie : M. 16, F. 14, T. 30. — Autres affections de l'appareil respiratoire: M. 21, F. 14, T. 35. — Gastro-entérite, biberon : M. 24, F. 10, T. 34. — Gastro-entérite, sein : M. 7, F. 3, T. 10. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 6, F. 2, T. 8. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 4, F. 2, T. 6. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale : M. 13, F. 6, T. 19. — Sénilité : M. 7, F. 24, T. 31. — Suicides : M. 17, F. 10, T. 27. — Autres morts violentes : M. 16, F. 4, T. 20. — Autres causes de mort: M. 107, F. 83, T. 190. — Causes restées inconnues : M. 6, F. 3, T. 9.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 94, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 44, illégitimes, 14. Total : 38. — *Sexe féminin* : légitimes, 29, illégitimes, 9. Total : 36.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Le nombre des places d'agrégés des Facultés de Médecine mises au concours par arrêté ministériel est porté de 36 à 38. Ces deux nouvelles places, fondées par l'Université de Paris, sont réservées à la Faculté de Médecine de cette Université et comprises : la première dans la section de chirurgie et accouchements (accouchements) ; la deuxième, dans la section des sciences anatomiques et physiologiques (anatomie).

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — M. Stanisles MEUNIER, professeur de géologie au Muséum d'histoire naturelle, fera une excursion géologique publique le dimanche 24 juin, à la gare d'Ivry et à Vitry. Il suffit, pour prendre part à l'excursion, de se trouver au rendez-vous à midi, aux fortifications, porte de la Gare, Pont-National. On sera rentré à Paris vers 5 heures.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — M. le Dr Touren, médecin de première classe de la marine, a été admis à faire valoir ses droits à la retraite à titre d'ancienneté de services et sur sa demande. — M. Pottier, a été nommé au grade de pharmacien ou chef de première classe des colonies. — Sont inscrits au tableau d'avancement pour le grade de médecin de première classe (tableau supplémentaire d'avancement), les médecins de deuxième classe Auregan, Durand et Preboist.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — M. le médecin principal Rit, du cadre de Toulon, est désigné pour aller servir à l'hôpital militaire de Smyrne, en remplacement de M. le Dr Férand qui terminera, le 14 juillet prochain, deux années de séjour dans ce poste.

DINSTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le Dr Lombard (de Paris) a été nommé chevalier du Mérite agricole.

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de médecin ophtalmologique.* — Le concours s'est terminé par la nomination de M. MORAX. Nos félicitations les plus vives à notre ami et ancien collaborateur.

Classement général et répartition dans les services hospitaliers de MM. les élèves internes en pharmacie, pour l'année 1900-1901. — MM. les élèves internes en pharmacie actuellement en fonctions, et ceux qui seront nommés à la suite du concours de cette année, sont prévenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, à l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3, à leur classement et à leur répartition dans les établissements hospitaliers pour l'année 1900-1901, savoir : Pour MM. les internes de deuxième, troisième et quatrième années, le lundi 25 juin, à 2 heures. Pour MM. les internes de première année, le mardi 26 juin, à 2 heures. MM. les élèves

devront se présenter eux-mêmes pour retirer leur carte de placement, sans laquelle ils ne seraient pas admis dans les établissements. Ils seront appelés dans l'ordre de leur réception au concours.

FEMME PHARMACIENNE. — Nous apprenons avec plaisir que Mlle NAPIAS, dont nous avons analysé la thèse dans le n° 23, vient d'être nommée pharmacienne du dispensaire du XIIIe arrondissement.

CAISSE DE RECHERCHES SCIENTIFIQUES. — M. Audiffred a déposé sur le bureau de la Chambre des députés une proposition de loi pour la création d'une caisse des recherches scientifiques, investie de la personnalité civile et divisée en deux sections, dans le but de favoriser les travaux de science pure relatifs : 1° à la découverte de nouvelles méthodes de traitement des maladies qui atteignent l'homme, les animaux domestiques et les plantes cultivées ; 2° à la découverte, en dehors des sciences médicales, des lois qui régissent les phénomènes de la nature. Cette proposition de loi a été renvoyée à la commission du budget.

UNE COMMUNIANTE BRULÉE VIVE. — Mlle Tison, la fillette de 11 ans, dont le voile avait pris feu au cours de la cérémonie de première communion, avant-hier, à la chapelle des sœurs de Saint-Joseph-de-Cluny, ainsi que nous l'avions raconté, avait été transportée à l'hôpital Saint-Joseph, dont son père est le médecin en chef. La pauvre enfant a succombé, hier soir, à ses brûlures. (*Le Radical*, 17 juin 1900.)

LA LÈPRE A CUBA. — D'après le *Daily Expres*, il y aurait 800 lépreux dans la ville de la Havane. Il serait question de créer une léproserie dans une petite île au sud de Cuba.

UNE NOUVELLE REVUE MÉDICALE. — Le premier numéro des *Archives de Médecine et de Chirurgie spéciales*, revue destinée à l'usage des praticiens, vient de paraître sous la Direction du Dr Suarez de Mendoza. Cette revue est destinée à préciser pour chaque spécialité médicale : ophtalmologie, otologie, laryngologie, rhinologie, etc., etc., tout ce qu'un bon praticien ne doit pas ignorer et tout ce qui lui est utile de savoir. Le *Progrès médical* souhaite bien sincèrement longue vie et brillant succès à son nouveau confrère. N. D. L. R.

EFFETS DE LA FOUDRE. — Au cours d'un voyage, a Marissel (Oise), le sieur Péru, qui travaillait dans les champs, s'était réfugié avec ses deux fils près d'une meule. Tous trois furent foudroyés. Un des fils a été tué, l'autre a été atteint de paralysie. Le père a été brûlé aux membres. La dame Péru, qui s'abritait sous un parapluie, n'a rien eu. (Le *Bonhomme Normand*, 15 au 21 juin 1900.)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr J. ICARD, de Lyon, directeur du *Lyon médical*, bibliothécaire de l'Université et secrétaire général de la Société des sciences médicales. — M. Paul GIBIER, directeur de l'Institut Pasteur en Amérique, a été tué à Suhorn (Etat de New-York), par un cheval emporté. — M. le Dr MALENFISCH, de nationalité suisse, victime de l'accident de tramways de la place de l'Alma, mort à l'hôpital Beaujon quelques instants après l'accident. — M. le Dr EICH, originaire de Suisse, seul médecin européen de Mogador. « Parlant couramment l'allemand, le français, l'anglais l'espagnol et l'arabe, le Dr Eich, dit la *Fronde*, était apprécié même des Marocains mahométans, qui le consultaient d'autant plus volontiers qu'il soignait gratuitement ceux qui n'étaient pas en état de rétribuer ses services. »

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 1er JUILLET étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement a cessé à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement : DOUZE FRANCS. Ils pourront nous l'adresser par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste. Les mandats doivent être faits au nom du* **Progrès médical** *ou de* **M. Rouzaud**, *administrateur.*

Nous leur rappelons que la quittance de réabonnement leur **sera présentée** *à partir du* **15 juillet**. *Nous les engageons donc à nous envoyer* **de suite** *leur renouvellement par un mandat-poste. — Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la BANDE de leur journal.*

Chronique des Hôpitaux.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — *Radioscopie médicale.* — M. le Dr A. BÉCLÈRE, le dimanche, à 10 heures du matin, dans la salle des conférences de l'hôpital, une nouvelle série de *Six conférences sur les premières notions de Radiologie*, indispensables à la pratique de la Radioscopie et de la Radiographie médicales. Après chaque conférence, présentation et examen radioscopique des malades.

CLINIQUE NATIONALE OPHTHALMOLOGIQUE DES QUINZE-VINGTS. — *Conférences d'ophthalmologie.* — Mardi, à 1 h. 1/2, Dr Trousseau, leçons cliniques. — Mercredi, à 1 heure, Dr Kalt, leçons de diagnostic ophthalmologique avec indications thérapeutiques. — Jeudi, à 2 heures, Dr Dubief, démonstration d'anatomie pathologique et de bactériologie. — Jeudi, à 3 heures, Dr Valude, thérapeutique chirurgicale; présentation de malades. — Samedi, à 2 heures, Dr Chevallereau, thérapeutique médicale. — Consultations et opérations, à 1 heure.

HÔPITAL BROCA. — *Cours complet de gynécologie.* — M. S. POZZI, le vendredi a 10 heures. — Un cours de gynécologie pratique sera fait les lundis et mercredis, à 10 heures, sous sa direction. Ce cours sera complet en vingt leçons. Démonstrations d'histologie sur les pièces du service, le samedi, à 10 heures, par le chef du laboratoire.

HÔPITAL ANDRAL. — *Maladies de l'estomac.* — MM. Albert MATHIEU, M. SOUPAULT et Ch. ROUX, ont commencé le lundi, 18 juin 1900, un cours complet sur le *Diagnostic et le traitement des maladies de l'estomac.* — Les élèves seront exercés aux manipulations nécessaires pour la détermination du chimisme gastrique, par M. Leboulais, pharmacien de 1re classe, ancien interne des hôpitaux. Ce cours sera complet en un mois. Le prix de l'inscription est de 100 francs. Le nombre des inscriptions est limité. — S'adresser au Laboratoire de l'hôpital Andral, 35, rue des Tournelles.

ASILE DE VILLEJUIF. (Tramway du Châtelet). — *Maladies mentales.* — M. TOULOUSE. Le mercredi, visite du service et présentation des malades intéressants.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Cours de clinique des maladies du système nerveux.* — M. le Pr RAYMOND : vendredis et mardis, à 10 heures. — M. le Dr J. VOISIN, conférences cliniques sur les *Maladies mentales et nerveuses*, le jeudi à 10 heures du matin.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h. 1/2. Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée); présentation de cas cliniques, etc. — *Service de* M. le Dr P. MARIE. Le service de l'infirmerie de Bicêtre comprend un grand nombre de malades atteints d'affections chroniques et particulièrement d'affections du système nerveux. Ce service est ouvert aux étudiants et le samedi a lieu, à 9 h. 1/2, une visite générale au cours de laquelle le Dr Pierre Marie présente les malades les plus intéressants.

HÔPITAL DE LA PITIÉ. — M. le Dr BABINSKI : conférences cliniques sur les *Maladies du système nerveux*, le samedi matin.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — Le Dr DU CASTEL, conférences cliniques le samedi à 1 h. 1/2. A 1 h. 1/2 consultation externe. A 2 h. 1/2 conférence clinique dans la salle des conférences.

Leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques. — M. HALLOPEAU, salle des conférences, le dimanche, à 9 heures et demie du matin.

Maladies cutanées et syphilis : Le Pr FOURNIER le vendredi matin.

Maladies du cuir chevelu. — M. SABOURAUD : tous les mercredis et samedis, à 9 h. 1/2, leçon théorique et pratique sur les maladies microbiennes du cuir chevelu et de la peau (laboratoire de l'école Lailler).

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCCr, RUE DE RENNES 71.

XXIXe ANNÉE. 3e SÉRIE. T. XI. No 26. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 30 JUIN 1900.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU. — **M. le Pr DUPLAY**

Traitement des ulcères variqueux ;

Leçon recueillie par le Dr CLADO.

Messieurs,

Depuis un mois vous avez pu voir, dans le serviee, plusieurs malades atteints d'uleères variqueux ; je veux profiter de eette circonstanee pour vous exposer aujourd'hui les règles générales du traitement de cette affeetion que vous rencontrerez fréquemment.

Comme vous avez pu le remarquer, il est rarc que les uleères variqueux se présentent à vous pour la première fois à l'état simple ; le plus ordinairement ils sont infectés et plus ou moins enflammés. Les parties molles à l'entour de l'ulcération, et à une distance plus ou moins grande, sont gonflées, œdématiées ; la peau est rouge, chaude ; les bords de l'ulcère, épaissis, renversés en dehors, sont couverts de croûtes jaunâtres. verdâtres ; le fond, qui ne présente aucune tendance à la réparation, est parfois entièrement sec et revêtu de croûtes dures et adhérentes ; plus souvent ces croûtes sont ramollies, sanguinolentes et mêlées de détritus grisâtres, produits d'un sphacèle superficiel ; dans ces conditions, l'ulcère sécrète un liquide séro-purulent ou séro-sanguinolent, sorte d'ichor fétide.

Avant toute tentative thérapeutique ayant pour objet la réparation de l'ulcère, on devra procéder à sa désinfection et faire disparaître les phénomènes inflammatoires.

Tout d'abord, j'insisterai sur une prescription qui, à mon avis, a une importance capitale : c'est de maintenir le malade dans la position horizontale, avee le pied légèrement élevé. Il sera même utile de eonserver eette attitude pendant la plus grande partie du traitement, car elle facilite la circulation en retour, supprime les hémorragies et aide puissamment à la décongestion de l'ulcère et des parties périphériques.

Contre l'infection proprement dite, on prescrira des pansements humides antiseptiques, au sublimé, à l'acide phénique ou à l'acide borique suivant le degré d'infection. Mais si l'ulcère est compliqué d'eczéma, on devra choisir la moins irritante parmi les solutions antiseptiques, et même employer au lieu d'eau, une décoction émolliente quelconque, comme celle de guimauve ou de sureau. Des compresses imbibées de ees solutions, recouvertes de taffetas gommé, et renouvelées trois ou quatre fois par jour, modifieront rapidement l'éruption eczémateuse.

Contre la gangrène superficielle nous possédons un excellent moyen, indiqué par Verneuil ; je veux parler des pulvérisations phéniquées chaudes, répétées, suivant les besoins, deux ou trois fois par jour.

L'ulcère une fois désinfecté, si la perte de substance n'est pas très étendue ni très profonde, la continuation de ces mêmes moyens suffit parfois pour amener la guérison. Toutefois, il ne faudrait pas prolonger ce traitement de désinfeetion pendant trop longtemps, car le plus souvent, en pareil cas, la tendance à la cicatrisation, même lorsqu'elle s'est déjà manifestée, s'arrête complètement. Au début de la période antiseptique, on a fait eette remarque intéressante, que l'abus des antiseptiques était plutôt défavorable à la réparation et à la cicatrisation des ulcères, et on en a conclu que toute plaie granuleuse exige un eertain degré d'infeetion, pour que le travail de prolifération eellulaire dont elle est le siège, puisse s'effectuer en de bonnes conditions. C'est là, sans doute, une interprétation erronée ; il est plus conforme aux idées actuelles d'admettre qu'après avoir agi eomme désinfectant, le topique exeree sur l'ulcère une aetion irritante qui peut retarder ou empêcher la cicatrisation. Autrement dit, une fois la plaie désinfectée, ec n'est plus l'antisepsie mais l'asepsie qu'il convient de réaliser pour faciliter le travail de réparation.

L'uleère variqueux, soit qu'il n'ait jamais été infeeté, soit qu'il ait été rendu stérile par le traitement, peut rester encore à l'état de plaie atonique, c'est-à-dire sans aucune tendance à la réparation. Il se présente alors sous deux aspects différents : tantôt, sa surface et ses bords sont desséchés, grisâtres, sans bourgeons ; tantôt, au contraire, l'ulcère est abondamment pourvu de bourgeons charnus, mais ces bourgeons sont exubérants, mollasses, décolorés, ne saignant nullement et fournissant une sécrétion séro-purulente. Pour que la répara-

tion et la cicatrisation puissent s'opérer, il faut modifier cet état atonique de l'ulcère de manière qu'il revête l'aspect d'une plaie de bonne nature, à bords peu élevés, couverte de bourgeons charnus, petits, serrés les uns contre les autres, durs, d'un rouge vif et saignant au contact.

Pour amener à cet état un ulcère atonique, une fois la désinfection opérée, on a préconisé un grand nombre de topiques, et, de fait, on peut parfaitement réussir à l'aide de divers agents thérapeutiques. Toutefois, celui que je vais vous indiquer m'a paru le plus simple et le plus rapidement efficace dans la généralité des cas ; je veux parler de l'eau chlorurée, solution saturée de chlorure de chaux, qu'il est très aisé de se procurer partout, et qu'on emploie soit pure, soit étendue d'eau au tiers ou par moitié, si l'application de la solution pure est douloureuse.

Le mode d'emploi est des plus simples : des compresses trempées dans la solution sont appliquées sur l'ulcère, et recouvertes de taffetas gommé, pour en empêcher l'évaporation; elles sont renouvelées trois ou quatre fois par jour. Grâce à ce simple pansement, l'ulcère commence à se modifier au bout de 5 ou 6 jours, au plus tard au bout d'une semaine, et se couvre d'une couche de bourgeons charnus, petits, serrés, bien rouges, et remarquablement vasculaires, et le liséré cicatriciel ne tarde pas à se montrer sur la circonférence.

Dans la forme chronique, caractérisée par la présence de bourgeons charnus, mollasses et exubérants, il importe d'agir discrètement sur ceux-ci pour les modifier profondément ou même les détruire.

A cet effet, on pourra employer soit un caustique léger, comme le nitrate d'argent, soit le thermocautère. Contrairement à ce qui se fait assez généralement, je vous conseille de vous borner à toucher superficiellement les bourgeons charnus avec le nitrate d'argent, sauf à y revenir, au besoin, à plusieurs reprises. Il en est de même pour la cautérisation ignée, qui ne doit pas avoir pour but de détruire profondément les bourgeons charnus.

Je suppose que, par l'emploi de ces divers moyens, l'ulcération se soit modifiée et présente les caractères déjà décrits d'une plaie en bonne voie de réparation, et dont les bords, de niveau avec le fond, sont entourés d'un liséré grisâtre, vernissé, indiquant un début de cicatrisation.

A cette période, il convient de changer le pansement qui doit avoir pour effet d'exciter légèrement la plaie et d'activer le travail de réparation. Une foule de topiques ont été préconisés dans ce but et pourront être certainement employés avec succès; mais celui que je vous recommande plus particulièrement pour sa simplicité et la promptitude de son action, est le pansement de Baynton que Roux rapporta d'Angleterre il y a déjà bien longtemps. Ce pansement consiste dans l'application de bandelettes de diachylum de 2 à 3 centimètres de largeur, imbriquées les unes sur les autres de manière à exercer une légère compression sur l'ulcère. On donne à ces bandelettes une longueur suffisante pour recouvrir toute la surface de la perte de substances ,dont elles doivent dépasser les bords de quelques centimères. Je vous recommande de ne pas suivre une pratique assez commune et qui consiste à comprendre avec les bandelettes toute la circonférence du membre malade. Vous risqueriez d'exercer une compression trop forte ; en tout cas, s'il survenait un peu d'œdème, les bandelettes circulaires deviendraient trop serrées, et il en résulterait une sorte d'étranglement plus nuisible qu'utile au travail de réparation. Cependant, lorsque l'ulcère est circulaire, c'est-à-dire fait tout le tour de la jambe, on est bien obligé d'entourer celle-ci de bandelettes sur toute sa circonférence ; mais on doit alors prendre la précaution, soit d'imbriquer les bandelettes suivant l'axe du membre, soit, si l'on procède comme à l'ordinaire, de ne serrer que très modérément. Cette sorte de cuirasse, formée par les bandelettes de diachylum imbriquées les unes sur les autres, est recouverte d'une couche d'ouate, entourant le membre et le tout est maintenue par une bande roulée, médiocrement serrée. Ce pansement rentre dans la catégorie des pansements rares; il ne doit être renouvelé que tous les six ou huit jours. Quand la cicatrisation est suffisamment avancée, on peut, avec un pansement bien fait, autoriser le malade à se lever et à marcher un peu ; cela peut être utile à d'autres points de vue, mais, pour abréger le temps de la cicatrisation, le repos dans la position étendue est encore préférable.

En Amérique, Henry Martin, de Massachusset, a imaginé un mode de pansement très simple, spécialement destiné aux personnes de la classe ouvrière qui ne peuvent renoncer à leurs occupations très actives. Voici en quoi il consiste : Le matin, avant de quitter le lit, le malade enroule autour de la jambe, depuis le pied jusqu'au genou, une bande de caoutchouc large de trois ou quatre travers de doigt, directement appliquée sur la peau, et par conséquent sur l'ulcère, en ayant bien soin de n'exercer aucune striction. Par suite de la station et de la marche, le membre subissant un léger gonflement, la bande devient suffisamment serrée. Le soir, on enlève la bande, on lave l'ulcère avec une solution antiseptique très légère et l'on fait un pansement quelconque destiné à rester en place toute la nuit. La bande est lavée avec soin et réappliquée le lendemain.

C'est, en somme, un pansement légèrement compressif, humide et mettant l'ulcère à l'abri de l'air ; outre son extrême simplicité, il aurait le grand avantage d'amener la cicatrisation sans condamner le malade au repos. Je n'ai pas eu l'occasion de l'expérimenter, mais mon collègue, M. Reclus, qui l'a employé plusieurs fois, en a obtenu d'excellents résultats. C'est ce qui m'a engagé à vous l'indiquer et à vous le décrire sommairement. Mais quel que soit le traitement employé, si l'ulcère est très étendu, sa réparation exige un temps très long; de plus, dans ces conditions, la cicatrice est constituée par une mince pellicule épidermique, très peu résistante et susceptible de se détruire sous l'influence du moindre traumatisme. Aussi a-t-on imaginé divers moyens propres à abréger la durée de la réparation, et à fournir une cicatrice plus solide.

Mais avant de vous les décrire, je veux vous dire quelques mots d'une opération préconisée par Dolbeau pour le traitement de certains ulcères à bords très durs, très épais et très adhérents aux tissus sous-jacents. Cette opération, connue sous le nom d'*incision circonférentielle*, est pratiquée de la façon suivante : à un centimètre et demi ou deux centimètres des bords de l'ulcère, on incise les tissus sains parallèlement au contour de la perte de substances. On encercle de la sorte l'ulcère et une petite bande de tissus sains dans le tracé de l'incision. Celle-ci doit entamer profondément les tissus, jusqu'à l'aponévrose, voire même jusqu'au périoste lorsque l'ulcère répond au tibia. Les résultats immédiats fournis par cette petite opération sont généralement assez satisfaisants. Le but que se

proposait Dolbeau, en pratiquant cette incision, était de faciliter la mobilisation, et par suite le rapprochement des bords de l'ulcère en décongestionnant les tissus. Quénu pense qu'elle a plutôt pour effet de supprimer l'influence nocive des filets nerveux qui entourent l'ulcère et qui sont atteints de névrite; mais, en réalité, le mécanisme de son action doit être assez complexe et reste encore obscur. D'ailleurs, les résultats éloignés de cette intervention ne sont pas toujours très satisfaisants et, en cas de récidive, la bande de tissus sains encerclée par l'incision circonférentielle se détruit rapidement, si bien que la seconde perte de substance occupe une étendue beaucoup plus considérable que la première. C'est, en somme, une méthode d'exception et que je ne vous conseille d'employer que dans de très rares occasions.

Mais revenons à l'étude des moyens destinés à abréger la durée de la cicatrisation et à fournir une cicatrice solide. Ces moyens consistent principalement dans l'emploi des *greffes*, qui fournissent souvent d'excellents résultats.

Les greffes se divisent en trois variétés : 1° greffe épidermique; 2° greffe dermo-épidermique; 3° greffe cutanée.

1° *Greffe épidermique.* — Cette méthode, due à Reverdin, consiste à enlever de petits fragments d'épiderme qui sont appliqués et maintenus sur l'ulcère, lorsque celui-ci est en bonne voie de réparation; placées sur un ulcère infecté ou atonique, les greffes ne prendraient pas. Pour enlever les greffes, on se sert d'un bistouri, d'une lancette bien coupante dont on fait pénétrer la pointe parallèlement à la surface de la peau, de façon à tailler par transfixion de petits lambeaux de 4 à 6 millimètres de diamètre. On peut aussi se servir de ciseaux courbes très fins, avec lesquels on excise les petits lambeaux épidermiques soulevés avec une pince à greffe. Quoique la greffe de Reverdin soit désignée sous le nom de greffe *épidermique*, comme il est à peu près impossible d'enlever exclusivement de l'épiderme et que, presque fatalement, on excise en même temps une petite couche de la surface du derme, il s'agit en réalité d'une greffe *dermo-épidermique*.

On prendra les greffes sur le sujet même, après avoir eu soin de laver la surface de la peau. Le nombre des greffes varie suivant l'étendue de l'ulcère, et d'ailleurs on peut en renouveler l'application autant de fois qu'il est nécessaire. Les greffes appliquées par leur face cruentée seront maintenues avec une cuirasse en diachylum qui devra rester en place au moins six à huit jours.

Lorsque les greffes ont bien pris, on remarque que chacune d'elles semble s'être enfoncée dans la couche des bourgeons charnus, puis, au bout de quelques jours, on voit se développer à sa circonférence un liséré cicatriciel qui va s'élargissant de plus en plus. Autant de greffes, autant d'îlots épidermiques qui marchent à la rencontre les uns des autres et vers la périphérie de l'ulcère; la durée du travail de réparation est, de la sorte, considérablement abrégée. La greffe de Reverdin ne fournit pas seulement d'excellents résultats immédiats; elle donne, en outre, une cicatrice plus solide que celle qui résulterait de la réparation abandonnée à la nature; aussi, en cas de récidive, les îlots épidermiques répondant aux greffes ne se laissent pas facilement entamer, mais persistent au milieu de l'ulcération. J'ai observé deux cas dans lesquels l'ulcère s'étant reproduit, on pouvait constater la persistance des greffes.

On a essayé récemment de modifier la greffe épidermique de la façon suivante : on râcle la peau saine avec un bistouri jusqu'à entamer le derme très superficiellement, en recueillant par ce râclage l'épiderme avec le corps de Malpighi; puis on sème cette récolte à la surface de l'ulcère. J'ignore si ce procédé a une valeur réelle, n'ayant pu encore l'expérimenter.

2° *Greffe dermo-épidermique* d'Ollier et de Thiersh. Cette variété de greffe, qui comprend l'épiderme et la couche superficielle du derme, diffère surtout de celle de Reverdin par l'étendue plus ou moins considérable des lambeaux transplantés. Voici comment on la pratique : Avec un bistouri, ou mieux avec un rasoir, posé bien à plat, on enlève, en dédolant, un lambeau de 2 à 3 centimètres de largeur sur 10 centimètres de longueur, que l'on transporte sur la région ulcérée, en l'étalant avec soin.

La méthode de Thiersch diffère de celle d'Ollier, en ce que le premier enlève d'abord avec une curette toute la partie superficielle, granuleuse de l'ulcère, pour placer la greffe sur la couche sous-jacente après que tout écoulement sanguin a cessé, ce qu'on obtient en exerçant une compression de 8 à 10 minutes. Thiersch a adopté cette manière d'opérer, à la suite d'expériences qui lui ont démontré que la couche granuleuse de l'ulcère gêne, plutôt qu'elle ne favorise la réussite de la greffe.

Que ce soit la greffe d'Ollier ou celle de Thiersch que l'on adopte, il est indiqué de recouvrir avec les lambeaux la plus grande surface possible et même la totalité de l'ulcère, en une seule séance. Si l'asepsie des greffes est nécessaire pour obtenir un bon résultat, cependant on doit éviter l'emploi d'agents antiseptiques énergiques qui, en coagulant les albuminoïdes, pourraient faire manquer la greffe.

Malgré ses avantages incontestables, il faut reconnaître que la greffe présente quelques inconvénients et même quelques dangers; la douleur assez vive dans le procédé Ollier-Thiersch, nécessite parfois l'emploi du chloroforme. Les plaies produites par l'excision des lambeaux dermo-épidermiques peuvent s'infecter et devenir le point de départ d'une angioleucite, d'un érysipèle. Enfin, pratiquée d'un individu à un autre, la greffe peut transmettre, par inoculation, des maladies infectieuses, telles que la syphilis ou la tuberculose. Un cas de ce genre a été publié par Czerny; aussi est-il préférable de prélever les lambeaux sur le sujet même.

Quoique la greffe d'Ollier et de Thiersch offre ce grand avantage de permettre la réparation presque immédiate de l'ulcère, je lui préfère, d'une manière générale, la greffe de Reverdin qui est d'une exécution beaucoup plus facile et à peine douloureuse, qui expose moins que l'autre aux accidents d'infection et qui donne aussi d'excellents résultats, à la condition de multiplier le nombre des petits lambeaux transplantés. Ses résultats éloignés sont également satisfaisants; et la cicatrice qu'elle fournit paraît plus épaisse et plus solide qu'après les greffes à grands lambeaux d'Ollier et de Thiersch; en sorte que, s'il y a récidive, les îlots de greffe sont respectés, comme j'ai pu l'observer dans les deux cas que je vous citais tout à l'heure.

3° *Greffe cutanée.* — Elle consiste dans la transplantation de lambeaux cutanés, c'est-à-dire comprenant toute l'épaisseur de la peau, et dont les dimensions correspondent à celles de l'ulcère. Outre qu'elle constitue une opération douloureuse, elle a le grand inconvénient de créer une nouvelle plaie à cicatriser, et qui

peut devenir la source d'accidents graves. Je dois ajouter que ces transplantations de lambeaux de peaux réussissent très rarement, surtout aux membres. Aussi je me borne à vous signaler ce procédé, en vous engageant à ne pas y recourir ; si pourtant l'occasion se présentait d'en faire l'essai, mieux vaudrait prendre ces lambeaux sur un membre amputé.

Lorsque l'ulcère reste rebelle aux divers moyens de traitement que je viens de passer en revue, et notamment lorsque les greffes n'ont pu réussir, vous avez encore une ressource précieuse dans l'autoplastie. La méthode française ou autoplastie par glissement, est rarement applicable, à cause de l'épaississement et de l'induration des tissus qui entourent ces ulcères rebelles; la méthode indienne dans laquelle on se sert d'un lambeau pris dans le voisinage et que l'on vient appliquer sur l'ulcère par torsion de son pédicule, échouera le plus souvent pour les mêmes raisons, le lambeau étant presque constamment frappé de gangrène.

La méthode italienne, seule, a de grandes chances de réussir, malgré les difficultés d'exécution qu'elle présente. On prend ordinairement le lambeau sur la jambe ou bien sur la cuisse du côté opposé. Supposons, par exemple, qu'il s'agisse d'un ulcère de la partie antéro-interne de la jambe gauche : on taillera sur le mollet de la jambe droite un lambeau de dimension suffisante pour recouvrir l'ulcère, et qui restera muni d'un large pédicule ; en croisant la jambe droite en avant de la jambe gauche, il sera assez facile d'appliquer le lambeau incomplètement détaché et de le fixer par des sutures. Lorsque la réunion sera obtenue, on sectionnera le pédicule du lambeau. Il va sans dire que, pendant tout le temps, les deux membres devront être rigoureusement immobilisés, et ce n'est pas là la moindre difficulté de cette méthode. Dans ces derniers temps, mon collègue M. Berger, a obtenu de beaux résultats de l'autoplastie dans le traitement des ulcères de jambe rebelles.

Enfin, dans certains cas, heureusement exceptionnels, une intervention plus grave peut être indiquée. Par exemple, lorsqu'il s'agit d'un ulcère très profond, très étendu, surtout s'il entoure complètement la jambe et détermine des troubles graves de nutrition, lorsqu'il contracte des adhérences avec le tibia, que ce dernier est lui-même hypertrophié et atteint d'ostéite, lorsque enfin des douleurs persistantes et une suppuration abondante épuisent le malade. Dans ces conditions, surtout si le sujet est un vieillard, la seule ressource est l'amputation du membre.

Jusqu'ici j'ai envisagé exclusivement le traitement applicable à l'ulcère même ; mais, étant donné que celui-ci reconnaît pour origine l'existence de varices, on comprend que les chirurgiens aient songé à s'attaquer à la cause de l'ulcère pour obtenir sa guérison.

Depuis longtemps diverses méthodes ont été proposées pour la cure radicale des varices. L'opération sanglante, préconisée jadis, avait été complètement abandonnée à cause des accidents septiques sérieux, parfois mortels, dont elle risquait de se compliquer ; on lui préférait les injections coagulantes, moins graves, mais cependant encore très dangereuses. L'antisepsie a permis de remettre en honneur les procédés sanglants, et, à la suite de Treudelenbourg, un grand nombre de chirurgiens pratiquent aujourd'hui la ligature des veines en amont, l'excision des segments variqueux, la résection de la saphène interne, etc. Je me borne à cette simple indication, car la description de ces diverses opérations nous entraînerait en dehors du cadre de cette leçon consacrée au traitement des ulcères variqueux, et non à celui des varices.

L'action curative de ces diverses interventions sur les ulcères variqueux est douteuse, ou tout au moins aléatoire. C'est qu'en réalité les ulcères ne sont pas la conséquence immédiate des varices, mais résultent de conditions complexes, notamment de modifications trophiques qui affectent le membre tout entier ; l'ulcère n'est souvent qu'un épiphénomène dans l'évolution des varices. Et ce qui le prouve, c'est que vous verrez souvent un membre couvert de veines variqueuses énormes, sans qu'il devienne jamais le siège d'une ulcération ; inversement, vous pourrez observer fréquemment des ulcères sur des membres où les varices sont à peine apparentes. On peut donc dire que, dans la majorité des cas, il n'y a pas une relation directe entre le développement considérable des varices et l'apparition de l'ulcère. D'où il résulte que le traitement propre des varices ne saurait avoir sur l'ulcère qu'une action très incertaine.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Laïcisation de l'Assistance publique : L'hôpital de Saint-Pons.

Le dernier Conseil municipal de Paris dont les pouvoirs ont cessé il y a quelques semaines, a laissé, au point de vue de la laïcisation, la situation telle qu'il l'avait trouvée à son arrivée à l'Hôtel-de-Ville. Il n'a pas achevé la laïcisation des maisons de secours, ni procédé au remplacement, par des laïques, des religieuses de l'Hôtel-Dieu et de l'hôpital Saint-Louis. Il a perdu de vue que la *laïcisation des écoles* avait pour complément logique et indispensable la *laïcisation des établissements de bienfaisance* de toutes catégories qui fournissent de puissants moyens d'action aux Congrégations contre la Société civile. De leur côté, les congrégations n'ont rien fait pour relever le niveau de leur enseignement pratique. Le seul essai qui soit parvenu à notre connaissance a échoué. L'enseignement professionnel leur est inconnu. Elles sont demeurées, à quelques exceptions près, comme dans certaines maisons médico-chirurgicales, aussi ignorantes et routinières que par le passé.

Il y a deux ou trois ans, l'Administration, interrogée par une congrégation, nous avait demandé si nous voyions des inconvénients à ce que quelques-unes de ses sœurs suivent les cours de l'une des écoles. Nous avons répondu que nous n'y trouvions que des avantages au point de vue des malades ; que d'ailleurs les cours étaient publics et gratuits, accessibles à tout le monde, et que nous estimions que, s'inspirant de nos sentiments de tolérance, les auditeurs, infirmiers, infirmières et élèves libres, accueilleraient avec déférence et respect des femmes animées du désir de s'instruire. Il paraît que les supérieurs de ces religieuses ont trouvé dangereuse la fréquentation des écoles, car nous n'avons vu venir aucune religieuse.

En province, les Conseils municipaux, les commissions administratives hésitent, ont peur de ne pas trouver de personnel pour faire la laïcisation de leurs

maisons, d'avoir un personnel trop coûteux. Bien des fois nous avons montré, par des exemples précis, que leurs craintes n'étaient pas fondées. La lettre suivante vient confirmer ce que nous avons dit, et est de nature à encourager les municipalités et les commissions administratives :

Saint-Pons, le 3 juin 1900.

Monsieur le Dr Bourneville,

Je suis un peu en retard pour vous remercier du service que vous nous avez rendu en nous aidant, l'année dernière, à laïciser notre hôpital. Vous me pardonnerez, car je voulais attendre et voir le résultat de notre expérience pour vous en informer. Le résultat est excellent. La laïcisation est un fait accompli depuis le 27 juillet 1899 et notre service hospitalier, réorganisé depuis cette époque, fonctionne d'une façon admirable.

Nous avons comme surveillante Mme Berger, ancienne surveillante à l'hôpital Lariboisière, diplômée, et que nous avons prise à l'hôpital de Beaucaire, et comme sous-surveillante Mme Favas, de l'Hérault. Ces dames assurent à elles seules, d'une façon parfaite, le service, que sept religieuses ne parvenaient pas à faire d'une manière convenable.

Nous donnons 800 francs de traitement à la surveillante générale et 500 francs à la seconde. Ce qui fait un total de 1.300 francs.

Les *sœurs* ne nous coûtaient que 900 francs. C'est donc une dépense supplémentaire de 400 francs. Mais si je vous faisais le compte des économies, véritablement formidables, qui ont été faites dans le second semestre de 1899, vous seriez absolument renversé. La fourniture du pain, à elle seule, nous donne une économie de 700 francs. Et toutes les dépenses sont à l'avenant. Il y avait là, du temps des sœurs, un gaspillage inouï, à tel point, que depuis fort longtemps nos budgets se soldaient par des déficits et que cette année, rien qu'avec les six mois du nouveau régime et malgré des réparations importantes, notre budget de 1899, se solde au 31 mars 1900, par un excédent de recettes de plus de 2.000 francs.

Je suis heureux de vous faire connaître cette situation.

Lorsque les infirmières laïques sont arrivées, il y a eu contre elles dans le monde clérical, et surtout dans l'entourage des sœurs qui se sont logées en face de l'hospice, une hostilité sourde. On aurait bien voulu trouver prétexte à la médisance. Ces dames ont été de tout point si correctes, les soins donnés aux malades ont été tellement appréciés, la transformation de notre hôpital a été si évidente, que force a été à leurs adversaires de garder le silence, et qu'à l'heure actuelle, elles jouissent ici de l'estime et de la considération de tous.

Un détail vous marquera la transformation qui s'est opérée. Dans nos petits pays de montagne encore un peu arriérés, aller à l'hôpital est un peu considéré comme une honte, un signe d'indigence et d'extrême misère. Il n'y avait que les malheureux qui se décidaient à regret à y entrer.

Dernièrement, un vieux docteur, très honorable, de la ville, tomba malade, il avait été à même d'apprécier les soins donnés par nos infirmières, il exigea d'être soigné par elles à l'hôpital. Un fait de ce genre ne s'était jamais produit ici.

Nous sommes encore une fois très heureux de ces résultats et très fiers de vous en faire part. Je vous serais très reconnaissant de vouloir bien communiquer ma lettre à M. le Dr Napias, qui nous a, lui aussi, encouragés et secondés, et auquel nous sommes profondément reconnaissants des résultats acquis.

Veuillez agréer, Monsieur, nos salutations empressées.

Le Maire, signé Arcangel.

M. Arcangel écrit que le traitement des deux surveillantes laïques est de 1.300 francs, tandis que celui des sept religieuses n'était que de 900 francs. D'où une dépense supplémentaire de 400 francs. Cet excédent est apparent et non réel. En effet, la nourriture et l'entretien des *sept* religieuses, au lieu de *deux* surveillantes laïques, entraînait une dépense qui dépassait certainement 400 francs. Il signale ensuite les économies réalisées et se félicite du résultat de la réforme qu'il a accomplie.

Dans une seconde lettre, l'honorable maire de Saint-Pons complète en ces termes les renseignements qui précèdent.

« J'aurais voulu ajouter à ma lettre un détail relatif à la tenue de la comptabilité en matières et de la comptabilité en deniers de la maison. *Avec les sœurs, il nous avait toujours été impossible de nous reconnaître dans leurs comptes.* Aujourd'hui, *avec les laïques, tout est net et à jour.* Les dépenses sont vérifiées et contrôlées jusqu'à un centime. Ce n'est pas là, croyez-le bien, le moindre des avantages de notre réforme. »

On ne saurait avoir une démonstration plus nette et plus péremptoire des avantages de la laïcisation. Les mêmes résultats ont été obtenus à Beaucaire, à Montreuil-Bellay, et dans un certain nombre de localités que nous avons citées. Ils sont de nature à décider enfin le Gouvernement de défense républicaine à donner satisfaction aux Conseils municipaux de Marseille et de Limoges qui ont, depuis plusieurs années, voté la laïcisation de leurs établissements hospitaliers. Ils encourageront certainement les Conseils municipaux de Lorient et de Poitiers dans leurs intentions de procéder à cette réforme. Partout, pour en assurer le succès, il est nécessaire de créer un enseignement professionnel, qui seul peut assurer la suprématie des laïques sur les religieuses. Bourneville.

L'*hôpital-hospice de Trouville* renferme 46 lits dont 14 affectés aux vieillards. Les lits d'hôpital sont loin d'être toujours occupés. Le personnel comprend : six religieuses, un infirmier pour les hommes, un jardinier de la ville, une bonne à la cuisine, un homme atteint d'une maladie chronique servant de domestique qui est là pour sa nourriture et ne reçoit aucun salaire. La loge est tenue par une hospitalisée. Le travail de la buanderie est fait par des femmes à la journée. Les malades convalescents et les vieillards aident au service. Les femmes en couches sont reçues en vertu de la loi de 1893, mais les sœurs ne veulent pas les soigner : l'on appelle une sage-femme de la ville. Les vénériennes ne sont acceptées que par supercherie en donnant un autre nom à leur maladie.

L'établissement créé par des dons (1), il y a une dizaine d'années, est devenu municipal depuis 1898. Pour les 46 lits, il y a, comme nous l'avons dit, 6 religieuses qui touchent chacune 350 francs par an. Il est évident que le service pourrait être fait par 2 ou 3 surveillantes laïques qui, elles, n'hésiteraient pas à donner des soins aux femmes en couches et aux vénériennes aussi bien qu'aux autres malades.

Mode d'admission des enfants idiots et épileptiques.

L'enfant Pelli..., âgé de 16 mois, atteint d'athétose double, a été conduit par sa mère à la consultation du Dr Dagonnet, lequel a conseillé à la mère de le conduire à la consultation des Enfants-Assistés. Là, M. Hutinel a demandé à la mère de le garder quelques jours pour l'examiner et il a fait un certificat ainsi conçu : « Est idiot, il offre des contractures généralisées et il est urgent de le

(1) En particulier de Mmes Biesta Monrival, d'Hautpoul et de M. Durand-Couyères qui a été maire de Trouville pendant vingt ans.

mettre dans un asile spécial. » L'enfant a été envoyé à l'Asile clinique d'où il a été dirigé sur notre service.

Il en résulte que le médecin des Enfants-Assités a le droit de recevoir à sa convenance des malades, même n'appartenant pas à la catégorie des Enfants-Assistés. Nous ne nous en plaignons pas. Mais nous ne voyons pas les raisons qui s'opposent à ce que les médecins des services d'enfants aliénés et épileptiques n'aient pas le même droit. Il y a un an, au cours du concert Lionnet qui a lieu dans le gymnase de mon service, on nous a amené du dehors un enfant en plein état de mal convulsif, et à l'occasion de ce cas nous avons signalé l'utilité d'autoriser en pareil cas l'admission provisoire. Familles et malades s'en trouveraient mieux et nous défions qui que ce soit de trouver à l'encontre une bonne raison. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 16 juin 1900. — Présidence de M. Troisier.

Zomothérapie.

M. Laborde complète le traitement de la zomothérapie par des injections sous-cutanées, quotidiennes d'abord, puis espacées de trois en trois jours, d'une solution qu'il porte de 1/2 centimètre cube à 5 centimètres cubes.

Gaïacol pur	20 grammes
Eucalyptol.	10 —
Sulfate de spartéine.	1 —
Huile d'amandes douces, Q. P.	200 cent. cubes

Lésions désignées cellulaires. Réalité de l'auto-intoxication.

M. Charrin a fait, avec l'urine des nourrissons tarés de femmes alcooliques, tuberculeuses ou typhiques, des injections sous-cutanées à des cobayes. Parmi ceux-ci, 7 sur 12 ont péri tandis que sur 12 animaux recevant des injections d'urine d'enfants non tarés, 2 seulement sont morts, et sur ceux-là, une femelle pleine présentant les lésions graisseuses de la grossesse.

Les animaux du lot intoxiqué présentaient de l'amaigrissement, des lésions portant sur le foie. Cet organe présente des altérations graisseuses.

Ces expériences prouvent que chez ces enfants chétifs on rencontre des substances capables de détériorer différents tissus. L'origine cellulaire de cette auto-intoxication ne semble pas niable.

Grossesse et modification de la nutrition.

MM. Charrin et Guillemonot. — Pendant la grossesse, la nutrition se modifie; il y a diminution de l'oxygène consommé et dans l'acide carbonique exhalé. Ces éléments ternaires (graisses) sont peu utilisés.

Des injections, à des cobayes pleines, d'extrait glycériné d'ovaires, provoque un regain d'activité dans les échanges si la dose n'est pas trop forte.

Bile vésiculaire : influence de la densité sur l'excrétion du canal cholédoque.

MM. Billard et Cavallié. — La bile du canal cholédoque est formée de deux liquides, l'un d'eux venant de la vésicule, l'autre, moins dense, venant du foie. Ils se rencontrent au confluent du canal hépatique et du canal cystique. Après mélange de la vésicule kystique, l'écoulement par le cholédoque se ralentit et régularise l'afflux de la bile venant du foie.

Leucocytose dans la variole.

MM. Courmont et Montagnard (de Lyon) ont étudié la leucocytose dans 29 cas de variole simple hémorragiques Dès le début du rash ou des macules, il y a hyperleucocytose qui augmente au moment de la pustulation et baisse ensuite progressivement. Elle remonte si il y a suppuration, baisse dans les formes mortelles. C'est une mononucléose. Les polynucléaires baissent au-dessous de 50 pour 100. Les éosinophiles sont rares. Dans les suppurations, au contraire, les polynucléaires sont plus nombreux. La mononucléose pourrait donc servir au diagnostic de la variole. La suppuration propre de la variole lui est donc spécifique puisqu'elle ne modifie pas cette donnée; c'est seulement dans les abcès ou furoncles que la polynucléose apparaît.

Élimination du fer par le suc gastrique.

M. Dhéré. — Chez des animaux à fistule gastrique, la proportion de l'élimination du fer par le suc a été des plus manifestes, il contenait 0 milligr. 50 de fer par litre.

Cylindre-axe pendant la dégénération des nerfs sectionnés.

M. Weiss. — Le nerf sciatique d'un cobaye écrasé et examiné 39 jours après, au moment de la régénération donne un cylindre-axe augmenté de volume et formé d'une substance achromatique avec réseau fibrillaire développé.

Grisou et formène.

M. Gréhant a mélangé le grisou et le formène; du mélange explosif ainsi déterminé, en l'absence de toute particule charbonneuse, il se développe de l'oxyde de carbone qui explique l'inconscience de la mort des ouvriers dans les explosions de grisou.

Œufs de poule incubés sans coquille.

M. Loisel met dans un cristallisoir le jaune et le blanc d'œufs fécondés dépouillés de leur coquille; l'évolution embryonnaire se continue à l'étuve sous la protection calcaire.

Diastases digestives du méconium.

MM. Mesnil et Pottevin attribuent aux diastases digestives trouvées par eux dans le méconium des nouveau-nés, la déperdition de poids de ceux-ci constatés après la naissance.

Séance du 23 juin. — Présidence de M. Troisier.

Septicémie streptococcique et entérite à bacilles pyocyaniques.

M. Legros a observé, chez une accouchée, une infection mixte streptococcique à bacilles pyocyaniques, caractérisée par une fièvre intense (40°), albuminurie marquée et entérite facile à guérir. Les selles sont vert foncé et donnent une culture de bacille pyocyanique virulent, qu'on retrouvait aussi dans l'urine, mais dans le lait, l'ensemencement n'a pas donné de résultat.

Action des abcès artificiels sur le charbon expérimental.

MM. Fochier et Méreux. — La culture charbonneuse, quand elle a été accompagnée chez les lapins d'une injection sous-cutanée d'un quart de centimètre d'essence de térébenthine, a donné soit une survie définitive, soit un prolongement de la durée de la maladie, tandis que les témoins mouraient tous. L'effet curatif a été en raison directe de la réaction inflammatoire. L'ingestion térébenthinée préventive a été sans action d'autant plus active qu'elle a provoqué une réaction plus intense; l'injection sous-cutanée a été la plus active. Autour de l'inflammation charbonneuse, il s'est produit une sorte d'œdème gélatineux qui semble appartenir à la défense de l'organisme.

Injections d'urines toxiques.

M. Quinton. — Dans les injections d'urines très toxiques, l'élimination urinaire a été presque nulle, la survie de 40 heures environ, vomissements, affaiblissement musculaire respiratoire, congestion, puis œdème périoculaire,

exorbitisme, diarrhée tardive. convulsion ou coma, mort. Ces symptômes s'atténuent avec des doses secondes à des injections moins toxiques.

Streptocoques décolorés par le Gram.

M. Cottel (d'Evian) décrit un microbe isolé de la cystite purulente et dans l'infection urinaire, et dans un cas de diarrhée d'enfant au sein. Il ne se colore pas par le Gram, pousse sur l'agar en fines colonies opalines, plus utiles que le pyogène, pousse mal sur la gélatine, pas sur la pomme de terre et coagule le lait en 6 jours.

Névrotomie optique.

M. Druault en sectionnant le nerf optique à la pénétration de l'artère centrale de la rétine, obtient une dégénérescence de la couche cellulaire interne dont les cylindres axes forment le nerf optique, les cellules disparaissent de 10 à 20 jours. Les injections intenses de chlorhydrosulfate de quinine donnent le point de la vue au bout de 5 à 6 heures, par des tractions des mêmes cellules multipolaires dont la dégénérescence est très rapide. Si les doses opératoires sont faites simultanément dans l'œil névrotermisé les altérations sont moins rapides et moins intenses.

M. Wlaeff étudie le *sérum anti cellulaire*.

M. Jolly étudie les clasmatocytes et les mastzellen.

M. Nicloux retrouve l'alcool dans d'autres sécrétions que le lait chez les alcooliques.

M. Trouessart étudie le sens de la direction chez la chauve-souris.

M. Hedon (de Montpellier) envoi une note sur le diurèse par les injections intra-veineuses de sucre. E.-P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 26 juin 1900. — Présidence de M. Marey.

Abcès du cervelet.

M. Dieulafoy communique un cas d'abcès du cervelet diagnostiqué pendant la vie. En raison d'accidents syncopaux graves survenus au cours de l'opération, la trépanation faite par M. Marion échoua. L'intervention avait, d'ailleurs, été beaucoup trop tardive.

Voici les conclusions de M. Dieulafoy : 1° A quelques exceptions près, l'abcès du cervelet est toujours consécutif à une otite. Que l'otite soit aiguë ou chronique, qu'elle soit accompagnée ou non d'écoulement, peu importe ; du moment que la caisse du tympan a été infectée, les agents pathogènes peuvent exalter leur virulence à la faveur des cavités closes qui ont pour siège la caisse, l'antre, les cellules mastoïdiennes. Dès lors ils se propagent en différentes directions. 2° Les lésions intra-craniennes consécutives aux otites sont multiples : méningite cérébrale, méningite cérébro-spinale, pachy-méningite, phlébite et thrombose des sinus, abcès du cerveau et du cervelet. 3° L'abcès du cervelet provoque généralement le syndrome cérébelleux : céphalée à prédominance occipitale, vertiges ictus, perte de l'équilibre, titubation, démarche ébrieuse, vomissements, nystagmus, contracture cervicale, névrite optique, asthénie musculaire, état de somnolence et de torpeur voisin du coma. Ces symptômes composent le syndrome cérébelleux à l'état de pureté, ils peuvent exister, quelle que soit la partie du cervelet lésée, lobe droit, lobe gauche ou vernis. Deux autres symptômes, la parésie du nerf moteur oculaire externe, permettent de localiser la lésion cérébelleuse à l'un des lobes du cervelet ; c'était le cas chez notre malade. 4° Le diagnostic de l'abcès du cervelet présente quelque difficulté. Le syndrome cérébelleux a les plus grandes analogies avec le syndrome auriculaire ou labyrinthique : voici quels peuvent être les éléments de diagnostic. La céphalée d'origine labyrinthique n'a ni la violence, ni la persistance, ni la localisation de la céphalée d'origine cérébelleuse ; la somnolence, la torpeur qui s'accentuent tous les jours dans la lésion cérébelleuse, n'ont rien de comparable dans le syndrome labyrinthique. 5° L'abcès du cervelet doit être distingué de l'abcès du cerveau (lobe temporo-sphénoïdal et lobe occipital). Au cas d'abcès cérébral, les troubles moteurs, parésie, contracture, spasmes, siègent du côté opposé à la lésion et à l'otite, la cécité verbale et l'hémianopsie sont deux signes importants. 6° Les tumeurs du cervelet, gliome, gliosarcome, tuberculome, tumeurs parasitaires, produisent, elles aussi, le syndrome cérébelleux ; mais ce syndrome est rarement à l'état de pureté parce que les tumeurs, dans leur tendance à s'extérioriser, provoquent des symptômes d'emprunt et de voisinage. 7° La syphilis du cervelet mérite une place à part au point de vue du diagnostic et du traitement. 8° L'intervention chirurgicale, en temps voulu, est le seul traitement applicable aux abcès du cervelet.

M. Laborde signale quelques faits physiologiques fort intéressants au point de vue de l'intervention. Dans le cas de M. Dieulafoy le côté droit ou gauche de l'abcès. M. Laborde a inauguré un procédé qui permet de porter une excitation très localisée en un point quelconque, cervelet, pédoncule cérébelleux supérieur, moyen ou inférieur : « Je vous présente un cobaye qui a subi ainsi une lésion du pédoncule cérébelleux moyen et qui ne peut plus faire de mouvement sans être animé de mouvements rotatoires autour de l'axe de son corps. Un cobaye, qui a été ainsi traité étant tout petit, s'est développé néanmoins parfaitement, mais en conservant une déséquilibration avec mouvements rotatoires. Le cervelet n'est donc pas un centre psychique, comme on l'a dit, c'est un centre de mouvements, non pas d'incitation aux mouvements, mais d'équilibration des mouvements. La lésion du pédoncule cérébelleux supérieur ne donne plus le mouvement de rotation, mais le mouvement de manège. La lésion cérébelleuse inférieure du corps restiforme s'obtient facilement sur la grenouille. La grenouille saute aussi fort qu'avant, mais elle est entraînée du côté de la lésion, et en nageant, nage toujours de ce côté. Le nerf labyrinthique vient précisément se rendre à un noyau de cellules motrices situées dans le corps restiforme ; c'est par l'excitation de ce noyau que les lésions labyrinthiques donnent des phénomènes cérébelleux. Dans le cas observé par M. Dieulafoy, le malade est tombé à gauche, mais il est tombé une autre fois à droite. Le renseignement donné par le malade sur cette dernière chute est bien exact. Il est probable qu'il était toujours entraîné à gauche, mais que dans ses efforts pour reprendre son équilibre il a pu dépasser le but et tomber à droite. »

Trois autres communications sont faites dans cette séance : l'une de M. Michaux signalant un nouveau mode d'agrafage métallique dû au Dr Michel ; l'autre de M. Cerné (de Rouen) sur les bons résultats des opérations conservatrices dans les salpingo-ovarites même supposées ; la troisième du Dr Lafforgue montrant le rôle des moules dans la propagation de la conjonctivite granuleuse.

Elections.

M. Sevestre est élu membre de la section de thérapeutique à la belle majorité de 64 voix sur 71 votants. Le *Progrès médical* qui a publié une partie importante de ses travaux est particulièrement heureux de lui adresser ses meilleures félicitations. A.-F. Plicque.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 juin 1900. — Présidence de M. Troisier.

Albuminurie orthostatique.

M. Achard rapporte un cas d'albuminurie orthostatique chez une fillette de 12 ans. L'albuminurie en quantité notable lorsque la malade restait debout, disparaissait par le repos allongé. Comme on pouvait d'après les antécédents de la jeune malade admettre la possibilité d'une néphrite d'origine infectieuse, on pratiqua un examen minutieux de la sécrétion urinaire (cryoscopie, épreuve du bleu de méthylène. de la

phloridzine, etc.). Aucune lésion rénale ne put être soupçonnée.

M. Achard croit qu'il faut faire des réserves sur le pronostic de l'albuminurie orthostatique, si le rein est altéré.

M. Widal approuve les réserves faites par M. Achard. Presque toujours les albuminuries légères qui ne donnent cependant lieu à aucun symptôme de petite urémie, sont le fait de lésions rénales. Il cite deux cas de ce genre où la lésion du rein fut révélée par le manque de perméabilité rénale au bleu de méthylène, à l'iodure de potasse et au salicylate de soude.

M. Rendu fait remarquer que la présence de l'albuminurie dans les urines n'a pas toujours une grande gravité. Un de ses anciens camarades d'externat, praticien à Paris, a depuis 1864 un gramme d'albuminerie par litre d'urine sans en être plus incommodé, malgré ses fatigues professionnelles.

M. Sevestre signale quelques cas analogues.

Syphilis du foie et de la rate.

M. Ménétrier présente les pièces anatomiques d'une malade dont le foie et la rate étaient hypertrophiés, accidents dus à la syphilis. La malade au point de vue clinique n'offrait, comme symptôme, que l'hypertrophie du foie et de la rate; cette dernière surtout était très augmentée de volume. Cette femme ne paraissait pas syphilitique. Elle avait des enfants venus à terme et bien portants. Elle paraissait sous l'influence de l'intoxication alcoolique. Sa maladie fit de lents progrès. Au bout de deux ans survint de l'ascite. Malgré l'hypertrophie de la rate, il n'y avait rien de particulier à noter à l'analyse du sang. Les analyses des urines ne donnèrent aucun résultat. Une broncho-pneumonie causa la mort de la malade.

A l'autopsie, on trouva un foie compact, lisse, non déformé. Le lobe gauche était le siège de gommes assez volumineuses. Le foie n'offrait pas l'aspect ficelé, ni capitonné du foie syphilitique ordinaire. L'examen des coupes pathologiques a permis de constater l'altération des lobules du foie. La cirrhose paraît péricellulaire diffuse et non périvasculaire et sans tendance à la résolution. On a pu constater du côté de la rate une sclérose analogue.

M. Rendu demande s'il n'y avait pas d'altération péritonéale pouvant expliquer l'ascito.

M. Ménétrier n'a pas trouvé de lésion du péritoine, il attribue l'ascite à la gêne circulatoire.

Épanchement hémorragique pleuro-péritonéal.

M. Fernet a soigné un malade atteint d'accidents hémorragiques péritonéaux et pleuraux. C'était un homme de 60 ans environ atteint jadis de paralysie attribuée à un mal de Pott qui n'a laissé aucune trace. Il était alcoolique. Après des intervalles de diarrhée et de constipation, le malade entra à l'hôpital avec épanchements péritonéal et pleural. La dyspnée nécessita une ponction thoracique qui donna un liquide séro-hémorragique, la ponction péritonéale révéla un épanchement avec les mêmes caractères. M. Fernet songea au cancer ou à la tuberculose, mais aucun signe clinique précis ne permettait de l'affirmer. Il admit la possibilité d'une pleurésie hémorragique néo-membraneuse avec périhépatite et cirrhose alcoolique. Ce malade mourut de troubles urémiques. L'autopsie démontra que cette dernière hypothèse était la réalité. L'alcoolisme avait déterminé de la cirrhose du foie, de la sclérose du poumon et du rein en même temps que des altérations des plèvres et du péritoine. Il n'y avait ni cancer, ni tuberculose.

M. Siredey a observé un malade analogue, il n'en a jamais communiqué l'observation parce qu'il n'a pu le suivre et n'a pas eu l'occasion de faire l'autopsie.

M. Gaillard rappelle la fréquence assez grande des pleurésies hémorragiques au cours de la cirrhose du foie.

M. Mercklen signale les périviscérites chez les artério-scléreux avec épanchements, étudiées dans un mémoire par MM. Labadie-Lagrave et Duthil.

M. Joffroy croit que l'alcoolisme a pu déterminer indirectement les épanchements signalés par M. Fernet par les lésions rénales qui sont très fréquentes dans l'intoxication alcoolique chronique.

L'aspirine contre la fièvre des tuberculeux.

M. Renon a employé l'aspirine contre la fièvre des tuberculeux. L'aspirine est une combinaison d'acide salicylique et d'acide acétique. La dose fractionnée de 3 grammes a déterminée le plus souvent une défervescence très accentuée. L'aspirine a un inconvénient très grand, les sueurs abondantes qu'elle détermine. A part cela, aucun trouble toxique n'est survenu, aucune aggravation de l'état général n'est survenue sous son action. L'acide salicylique n'a par été retrouvée dans les urines.

M. Mercklen rapproche les effets de l'aspirine de ceux du salicylate de soude chez les tuberculeux.

M. Gaillard a essayé l'aspirine dans le rhumatisme articulaire aigu, mais ne la trouve pas aussi efficace que le salicylate de soude.

M. Mercklen est de cet avis mais l'aspirine est bien tolérée par l'estomac et trouve ainsi son indication.

M. Faisans pense que l'administration d'un antithermique contre la fièvre des tuberculeux est plutôt dangereuse; des phénomènes de collapsus peuvent survenir. Après avoir observé l'effet antithermique du salicylate de soude dans la fièvre tuberculeuse dans le service de M. Jaccoud, il se borne aux moyens hygiéniques pour obtenir la cessation de la fièvre.

M. Joffroy note que le collapsus n'est pas en rapport avec la défervescence. Il a jadis obtenu des défervescences notables avec de hautes doses de sulfate de quinine dans la fièvre typhoïde et n'a jamais constaté de collapsus. Il ne pourrait en dire autant de l'administration de l'antipyrine. Néanmoins, il pense que l'usage des antithermiques n'est pas recommandable dans la fièvre tuberculeuse. J. Noir.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 20 juin 1900. — Présidence de M. Richelot.

Suite de la discussion sur le cathétérisme des uretères.

M. Poirier insiste sur la facilité d'exécution de ce cathétérisme et sur son utilité dans certains cas, comme dans un fait d'exstrophie vésicale qu'il a opéré récemment.

M. Quénu dit qu'il n'a pas observé d'accident sérieux après ce cathétérisme.

Étranglement interne et appendicite.

M. Routier relate une observation d'une femme déjà opérée pour annexite, et chez laquelle il fut obligé d'intervenir pour des accidents d'occlusion. Il trouva le cæcum étranglé par une bride péritonéale.

M. Walther relate un cas d'occlusion par bride cæcale chez une enfant ayant eu antérieurement des crises d'appendicite, et chez laquelle, à l'opération, on trouva des lésions manifestes de l'appendice.

Rapport sur l'invagination intestinale.

M. Michaux expose tout d'abord l'observation d'un malade opérée par M. Auvray, en 1899, et chez laquelle on avait pensé à une appendicite. A l'opération, on trouva une invagination de la région iléo-colique. M. Michaux rapporte lui-même trois observations personnelles d'invagination chez l'adulte; dans la *Bibliographie médicale*, il dit n'en avoir trouvé que dix-huit autre faits. De l'ensemble de ces faits, dit-il, il résulte qu'en général les lésions de l'invagination chez l'adulte sont moins rapides et moins profondes que chez l'enfant, mais peuvent cependant être étendues dans certains cas; il relève la fréquence des polypes comme cause de l'invagination chez l'adulte et sa rareté chez l'enfant. Enfin, M. Michaux insiste sur la difficulté de diagnostic de l'invagination; il faudra toujours rechercher la sensation de tumeur formée par le boudin invaginé, et qui est assez souvent signalée dans les observations. Quant au traitement, il n'y a pas de traitement médical, sinon tout à fait au début. Mais aussitôt que les accidents ont pris un peu de gravité, il faut recourir au traitement chirurgical. Dans les cas faciles, on pourra faire la désinvagination du bout invaginé. Si on n'y arrive pas, on pourra réséquer l'invagination et suturer les deux bouts (entérorrhaphie circulaire); mais ce procédé est d'une pratique délicate et n'a pas donné jusqu'ici de

bons résultats. Le procédé de choix est la résection de la portion invaginée à travers une incision faite à la gaine de l'invagination. Enfin, dans les cas où on ne pourra pas faire autrement, on aura recours à l'anus contre nature.

Suite de la discussion sur l'asepsie.

D'après M. Broca, les gants sont une chose dangereuse, parce qu'ils inspirent une fausse sécurité. De plus, il faut laisser, dit-il, à chaque chirurgien la liberté de s'aseptiser les mains comme il lui convient, car tel procédé de désinfection qui réussit à l'un, ne réussit pas à l'autre.

M. Schwartz recommande les lavages fréquents des mains pendant l'opération avec la solution de sublimé au millième, de façon à conserver les mains propres jusqu'à la fin de l'opération. Il ne rejette pas complètement l'emploi des gants, mais il croit qu'ils doivent être réservés aux opérations septiques. Le chirurgien, dit-il, doit surtout s'attacher à s'infecter les mains le moins souvent possible.

Présentation de malades.

M. Thiéry présente un malade qui est le onzième cas d'actinomycose cervico-maxillaire observé dans les hôpitaux de Paris.

M. Gérard-Marchant présente un malade qui a eu un anévrysme diffus d'artère axillaire à la suite de coup de couteau. La ligature de l'artère fut très laborieuse.

M. Quénu présente une malade atteinte de maladie kystique du sein, et chez laquelle, après incision de la peau, il a pratiqué la ponction des kystes au thermocautère. Le résultat opératoire est bon.

M. Walther présente une tumeur de la partie antérieure du sacrum qui avait contourné le rectum et s'était élevée dans l'abdomen.

MM. Tillaux, Poncet et Quénu, rapportent des cas analogues.

Poulard.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 23 juin 1900. — Présidence de M. Richelot.

La séance est ouverte à 4 h. 30. — Le procès-verbal de la dernière réunion est lu et adopté.

A propos du procès-verbal, M. Antonelli, qui s'excuse de ne pouvoir encore assister à la séance, a adressé une note dont lecture est donnée.

M. Antonelli. — J'ai beaucoup regretté de ne pas avoir pu assister à la séance dernière, car voici ce que j'aurais ajouté, après M. Buret, à mes remarques sur la communication de M. Ogilvie. La loi de Profeta n'est pas une *vue de l'esprit*, puisque le fait clinique subsiste, que l'enfant né en apparence sain, d'une mère syphilitique, ne risque plus rien au contact de manifestations virulentes existant chez la mère ou la nourrice. Mais, dans les mots « *en apparence* sain » et « ne risque *plus* rien » nous trouvons la clef de ce fait clinique, et c'est seulement en ajoutant ces mots, que nous pouvons maintenir aujourd'hui la *loi* de Profeta.

M. Buret a très bien résumé nos idées sur la question, mais j'avoue ne pas comprendre pourquoi, suivant lui, les enfants issus de mères syphilitiques, et qui présentent des accidents visibles à l'œil nu, viendraient infirmer la loi de Profeta. Celle-ci concerne les rejetons de mères syphilitiques nés sains, j'insiste *en apparence* sains. Sans jouer sur les mots, nous pouvons dire que ces enfants, tout en n'ayant pas échappé à la syphilis héréditaire, sont des enfants immunisés à l'égard d'un chancre du mamelon chez leur nourrice, par exemple, ou à l'égard d'une plaque muqueuse de la bouche chez leur mère. De tels enfants restent immunisés, à l'égard de la syphilis à acquérir, le plus souvent pendant toute leur vie ; mais je ne vois pas pourquoi, en théorie, l'épuisement de cette vaccination ne saurait avoir lieu comme pour toute autre maladie infectieuse, et dans la pratique je crois les cas de réinfection chez des hérédo-syphilitiques, beaucoup plus fréquents que l'on ne pense. Ceci répond à la question que M. Buret m'a fait l'honneur de me poser à la fin de son argumentation.

La réinfection dans la syphilis acquise est extrêmement rare, infiniment plus rare que la réinfection chez les hérédo-syphilitiques, par la simple raison que la syphilis héréditaire représente déjà une infection plus ou moins atténuée, par rapport à la syphilis acquise, et qu'elle évolue à une période de la vie où le renouvellement des tissus et l'activité des échanges organiques aide à l'épuisement de l'immunisation. Rien d'étonnant, donc, si le fils d'une syphilitique avérée, né syphilitique, à stigmates manifestes ou latents, peu importe, se trouve, à l'âge de 20 ans, avoir refait sa virginité par rapport à la vérole et pouvoir représenter une série de manifestations de syphilis acquise.

M. Buret. — M. Antonelli s'est mépris sur le sens de mes paroles, sans doute parce que je n'ai pas été assez explicite ou que je me suis mal exprimé. Dans le paragraphe : « 2° les « autres, ceux qui présentent des accidents visibles à l'œil nu.... », je n'ai pas voulu dire *au moment de leur naissance*, mais *dans le cours de l'allaitement*, à condition qu'on leur laisse le temps moral suffisant pour que la syphilis *acquise* puisse évoluer. Or, toute la question est de savoir si un enfant de parents syphilitiques, né sans accidents visibles, est susceptible d'être contagionné par sa mère pendant la première enfance. La vaccination résultant de *l'état latent* dont nous a parlé M. Antonelli, dure-t-elle jusqu'au moment de la puberté ou ne peut-elle pas s'user avant ? Les cas rapportés par M. Ogilvie sembleraient être en faveur de cette dernière hypothèse. Quoi qu'il en soit, nous pouvons reconnaître que Profeta a certainement observé des faits qui appuyaient la loi qu'il a formulée ; mais cette prétendue loi n'en est pas moins fausse, car cette immunité qu'il a prise pour une grâce d'état, n'était que de l'hérédo-syphilis latente. Toutefois, comme la critique n'exclue pas la justice, disons que Profeta doit être félicité d'avoir su remarquer et noter des phénomènes très réels, bien que son interprétation ait été inexacte. M. Antonelli, que ne troublait pas le désir de légiférer, a vu plus clair et a eu le mérite indéniable de nous expliquer en deux mots que ces soi-disant réfractaires à la syphilis étaient bel et bien des héritiers qui avaient reçu leur part, mais n'étaient pas obligés de la montrer.

Correspondance imprimée. — Revues et journaux habituels. *L'Avenir d'Arcachon* (inauguration du monument de Jean Hameau.)

Correspondance manuscrite. — 1° Lettre de M. Edmond Vidal remerciant la Société de l'avoir nommé membre titulaire. 2° Lettre de M. Chervin donnant sa démission de membre titulaire : cette démission est acceptée. 3° Lettre de l'Associatisn générale des Etudiants de Paris annonçant qu'ils viennent d'organiser un service de remplacement des médecins (43, rue des Ecoles). 4° Lettre de faire-part de la mort de M. le Dr Facieu, de Gaillac (Tarn), membre correspondant national. — La Société adresse à la famille ses sentiments de condoléances. Le secrétaire général enverra une lettre particulière en réponse au billet de faire-part.

M. Richelot, à propos du rapport de M. Mouzon sur le travail de candidature de M. E. Vidal, présente quelques observations concernant la sécrétion interne de l'ovaire et le traitement par l'ovarine. L'orateur commence par dire que ce traitement ne lui paraît pas rationnel, étant donné que la neurasthénie féminine se développe très souvent en l'absence de toute lésion de l'ovaire. Il avoue d'ailleurs ne pas être très convaincu de la réalité de la sécrétion interne de l'ovaire ; l'analyse sur laquelle on se base lui semble forcée. Il a fait une statistique aussi exacte que possible des malades qui ont subi l'ablation des ovaires dans son service, depuis vingt ans ; or, ce n'est que dans cinq pour cent des cas, environ, qu'il a vu survenir des troubles nerveux imputables à l'opération. Dans tous les autres, l'enquête bien conduite a démontré que le nervosisme préexistait. M. Richelot est convaincu que la privation des ovaires n'a pas, pour la femme, une influence aussi fâcheuse qu'on l'a prétendu.

M. Roubinovitch. — D'après la statistique de M. Richelot, on constate que, dans un nombre limité de cas, l'hystérectomie abdominale totale a été suivie d'accidents neurasthéniques plus ou moins graves. Comment doit-on expliquer l'apparition de ces accidents ? Pour ma part, la *ménopause anticipée* avec

les troubles circulatoires qu'elle provoque rend suffisamment compte de ces accidents chez des sujets arthritiques et prédisposés. J'observe depuis bientôt dix ans une dame dont le cas, quoique complexe, me paraît à cet égard très démonstratif. A l'âge de 34 ans, en 1890, elle a subi une hystérectomie abdominale pour un fibrome utérin. Après cette intervention chirurgicale se déclara un état neurasthénique des plus accusés avec céphalée en casque, troubles de la mémoire, aboulie, dépression mélancolique allant jusqu'à provoquer des idées et des tentatives de suicide. Cette psychose à base neurasthénique procédait par accès, survenant *périodiquement tous les mois*, à la suite de bouffées de chaleur, d'étourdissement et de vertiges.

Or, et c'est là ce qui rend le cas complexe, cette dame est atteinte depuis l'âge de 25 ans d'un rétrécissement mitral consécutif à un rhumatisme articulaire aigu. Cette affection cardiaque a poursuivi, depuis dix ans, son évolution et va plutôt en s'aggravant. Quant aux accidents psycho-neurasthéniques, depuis deux ou trois ans ils s'atténuent considérablement en intensité et deviennent de plus en plus rares. Il semble donc que l'hystérectomie abdominale totale a été dans ce cas la cause, tout au moins occasionnelle, des accidents psycho-neurasthéniques. De plus, la périodicité avec laquelle ces derniers se sont manifestés pendant de longues années et leur atténuation à mesure que la malade approche de l'âge où la suppression des règles se produit normalement, constituent, à mon avis, des faits qui prouvent le rapport intime de ces troubles nerveux avec la *ménopause anticipée*.

M. Richelot croit que les troubles qu'on observe quelquefois après l'ablation des ovaires tiennent habituellement à la ménopause anticipée. Les malades qui ont des troubles vésaniques après l'opération, en avaient antérieurement ou étaient prédisposées.

M. Millée présente un œil qu'il a énucléé récemment, en se servant uniquement de la cocaïne comme anesthésique : c'est un beau type de décollement de la rétine dit *en parapluie*.

Vote sur l'élection de M. le Dr Roché. — M. Roché est nommé, à l'unanimité, membre titulaire.

La séance est levée à six heures.

Un des secrétaires annuels,
Dr Dhomont.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

Rédacteur spécial : M. Cyrille Jeannin, interne des hôpitaux.

I. — Anatomie du placenta prævia ; Par W. Ponfick. (*Archiv. fur Gynækologie*, n° 1, 1900)

I. Ponfick a pu observer *in situ* trois cas de placenta prævia, dont deux latéralis et un totalis :

Premier cas : Accouchement provoqué chez une tuberculeuse qui meurt lors du travail avant la délivrance ; autopsie : utérus extrêmement mince, non rétracté au niveau du placenta. Celui-ci présente des dimensions énormes : (7 × 18) ; il occupe toute la face postérieure et la plus grande partie de la face antérieure de l'utérus, descendant jusqu'à l'orifice externe du col ; son adhérence à la paroi utérine est absolument extraordinaire ; le gâteau est fort irrégulier ; près de très gros cotylédons, on en trouve d'atrophiés ; la partie inférieure est nécrosée, bourgeonnante, en ayant imposé pour un néoplasme du col, pendant la grossesse. Rien à l'examen histologique.

Deuxième cas : Primipare de 39 ans, chez qui le toucher permit de diagnostiquer un placenta prævia centralis. Meurt d'hémorragie pendant le travail ; la césarienne est pratiquée *post-mortem* (incision de Fritsch) ; on tombe sur un placenta nettement centralis, en cupule, s'élevant sur les deux faces antérieure et postérieure du corps, et perforé au niveau du col. Son adhérence à la paroi est très variable, nulle en certains points, intime en d'autres, surtout près du fond. L'examen histologique permet de reconnaître deux zones : une supérieure, où la structure est nettement sérotine, et une inférieure, véritable caduque réfléchie. L'utérus est normal.

Troisième cas : Femme de 35 ans ; accouchement provoqué pour hémorragies incoercibles, qui amènent la mort avant la délivrance. A l'autopsie on trouve un placenta marginalis, occupant toute la partie gauche et postérieure de l'utérus. Le cotylédon prævia descend sur la lèvre postérieure du col jusqu'à 3 centimètres du vagin (la longueur totale du col étant de 6 centimètres). Il s'agit donc nettement ici d'une insertion *cervicale*.

Les cas 1 et 3 semblent donc nettement avoir trait à une « insertion cervicale » du placenta (dans le deuxième cas, cette insertion n'est que secondaire). Ces faits ne sont, du reste, pas uniques : Weiss et Külmann (Centralb Gyn. 1897) en ont cité des exemples. Küstner, pour expliquer ces cas, dit qu'avec les grossesses, la partie toute supérieure du col s'incorpore peu à peu au segment inférieur, et de ce fait devient déciduable ; mais cette hypothèse ne paraît s'appliquer aux primipares. Peut-être faut-il tenir compte, au point de vue étiologique, de grossesses débutant trop tôt après l'accouchement ; car, dans ce cas, le col n'a pas complètement repris sa forme primitive ?

En résumé, d'après Ponfick, tout placenta prævia est un placenta cervical, au le sens le plus large du mot.

On a classé, depuis longtemps, les placenta prævia en trois groupes : 1er groupe : *Placenta totalis*. le doigt, même lors de la dilatation complète, ne peut trouver le bord placentaire ; 2e groupe : *Placenta latéralis* : le doigt trouve le bord du placenta, ou, encore, celui-ci pend plus ou moins dans le col. Cette classe comprendra donc plusieurs variétés, et un placenta latéralis pourra, en se détachant de la muqueuse cervicale, devenir, ultérieurement, totalis : 3e groupe : *Placenta marginalis* : dans lequel le bord placentaire n'est accessible au doigt qu'en un point ; ce n'est pas là, du reste, une forme bien individualisée, car elle peut venir des deux autres ; de plus, elle ne mérite le nom de « prævia » que pour la forme, et non pour la place du gâteau placentaire. Aussi, Ponfick conclut-il qu'on ne doit, anatomiquement, reconnaître que deux formes de placenta prævia : le totalis et le latéralis.

II. — La Gonorrhée puerpérale : par Ch. Greene Cumstow. (*Annals of Gynecology and Pédiatry*, Boston, octobre 1899.)

II. — Il résulte de nombreux faits tirés de la littérature obstétricale, que l'infection gonococcique peut s'installer insidieusement pendant la grossesse, atteindre l'utérus et même le péritoine, sans avoir donné naissance à aucun symptôme capable de la faire cliniquement dépister. La gonorrhée puerpérale présente, du reste, ce signe commun à toutes ces infections ; c'est d'être essentiellement chronique ; cette proposition est surtout vraie, pour la paramétrite, laquelle résiste, souvent, à tout traitement. Il est facile, par l'examen bactériogique des lochies, de mettre en évidence l'extrême fréquence du gonocoque dans l'utérus de la puerpérale ; cette fréquence pourrait être méconnue, si l'on ne se place que sur le terrain clinique, car la maladie revêt des formes extrêmement variées. L'influence de cette infection sur la marche même de la grossesse varie, essentiellement, avec les cas ; ainsi une inflammation aiguë, intense, propagée au canal cervical, pourra empêcher le spermatozoïdes d'atteindre l'ovule. Au contraire, si l'on a à faire à une ancienne infection, l'endométrium a commencé à se régénérer, et la fécondation devient possible ; mais, alors, l'infection des culs-de-sac glandulaires profonds, la propagation des lésions à la musculeuse, pourront gêner l'élasticité nécessitée par la grossesse et amener un avortement. Dans la plupart des cas, probablement, l'infection et la grossesse ont pris naissance et se sont développées simultanément, mais la gonorrhée n'éclate alors cliniquement que lorsque l'accouchement a vidé l'utérus. La gonorrhée devient encore une cause de stérilité par un mécanisme différent ; l'infection des trompes ; mais il faut alors que la lésion soit bilatérale. Au point de vue étiologique, il faut tenir compte de l'infantilisme mettant l'utérus en *minoris resistentiæ* vis-à-vis du gonocoque.

III. — Rupture des membranes pendant la grossesse, cicatrisation de la plaie : par Marocco. (*Annali di ostetrica*, février 1900, n° 2.)

III. — Marocco rapporte un cas de rupture des membranes pendant la grossesse, puis de cicatrisation des lèvres de la

plaie, histologiquement démontrée. Il recherche, à cette occasion, les faits semblables, publiés antérieurement et cite principalement un cas de Ch. Maygrier (1899), où la femme perdit de l'eau, à partir du sixième mois jusqu'à la fin du huitième; puis, un cas de Dubrisay, où une femme perdit, pendant 110 jours, environ 80 grammes d'eau, quotidiennement. Ces faits permettent de tirer plusieurs conséquences : la première, c'est que l'intégrité du sac amniotique n'est pas une condition *sine qua non* de la bonne évolution de la grossesse; on pouvait pressentir ce fait, car il arrive, au cours de laparotomies pour grossesses extra-utérines de trouver le fœtus, plus ou moins libre, parfois complètement, dans la cavité péritonéale. La poche amniotique ne peut donc être regardé que comme une meilleure condition pour la vie du fœtus qu'elle protège. On peut également en conclure que le liquide amniotique se reproduit au fur et à mesure qu'il s'écoule; certaines femmes peuvent en perdre pendant plusieurs mois. C'est donc là une des causes non douteuses de l'hydrorrhée de la grossesse. Enfin, dans les cas où cette perte aqueuse s'arrête avant l'accouchement, on a trouvé la cicatrisation des lèvres de la plaie; cependant beaucoup de cas étiquetés « rupture des membranes, puis réparation *ad integrum* » ne sont probablement pas autre chose que des observations de rupture de poche amnio-choriales ou chorie-diciduales. Quant à la cause de cette rupture, elle n'est pas uniquement traumatique, comme on l'avait cru; Marocco en recherche, dans les cas dits spontanés, l'étiologie dans l'endométrite, l'état du muscle utérin et même la confirmation du bassin.

IV. — « La Clavicotomie »; par G. Perondi. (*La Clinica ostetrica*, avril 1900, n° 4.)

IV. — L'exagération du volume des épaules peut constituer une cause de dystocie; quand on aura tenté, pour la vaincre, tous les procédés habituels (forceps, expression utérine, abaissement des bras, etc....), on sera autorisé à avoir recours à une intervention sanglante qui devra répondre à ces deux indications principales : être rapide, et ne présenter aucun danger pour la mère. Dès 1877, *Fornari* avait proposé la réduction du diamètre bis-acromial, par section de l'une ou des deux clavicules ; puis ce procédé était à peu près tombé dans l'oubli, lorsque *Phénoménoff*, en 1894, attira de nouveau l'attention sur lui. Depuis, quelques observations ont été publiées. Perondi en cite douze, chronologiquement : 1° un cas de Fornari ; enfant mort, tête dans l'excavation, impossibilité d'extraire les épaules; double clavicotomie; diamètre bisacromial, 144 millimètres.

2° 2 cas de Phénoménoff : dans les deux, très semblables cliniquement, le diamètre bisacronial mesurait 140, et la clavicotomie permit seule l'extraction.

3° Cas de Knorr : dans le premier, craniotomie et clavicotomie, après rupture utérine; dans le deuxième, perforation du crâne et clavicotomie, pour bassin généralement rétréci ; de même dans la troisième observation ; dans la quatrième, femme agonisante, enfant mort ; craniotomie et clavicotomie.

4° Cas de Strassmann : clavicotomie sur enfant mort ; circonférence scapulaire : 41 centimètres.

5° Cas de Herff : diamètre bisacronial de 16 centimètres ; clavicotomie unilatérale. Des faits cliniques, on peut conclure que cette opération pourra être tentée sur l'enfant vivant. On opérera, de préférence, au sommet de la convexité de la clavicule, et non à l'extrémité interne, afin de diminuer les chances de blessure des veines.

V. — Pathogénie et traitement des convulsions après le travail. Par A. K. Bond. (*American J. of obstetrics*, january 1900.)

V. — L'auteur rapporte un cas de convulsions débutant de suite après le travail, chez une femme de 29 ans, de bonne santé habituelle, et dont l'accouchement s'était terminé au forceps (pour souffrance du fœtus). Les antispasmodiques et les évacuants du tube digestif vinrent à bout de ces accidents.

Recherchant l'étiologie de ces cas, Bond invoque deux causes principales : une prédisposition spéciale du système nerveux, et une cause d'excitation immédiate. La prédisposition vient-elle d'un état particulier du névraxe? Elle relève plus probablement de troubles apportés dans la nutrition par quelque inflammation chronique, une néphrite, par exemple, ou encore par l'alcoolisme. Mais les convulsions ne peuvent apparaître sans l'adjuvant d'une cause occasionnelle venant rompre l'équilibre ; cette cause déterminante sera, le plus souvent, un schock traumatique ou même mental, une attaque aiguë de néphrite, un écart de régime, des accidents de stercorémie, ou bien, comme dans le cas actuel, un travail laborieux et prolongé. On trouvera, le plus souvent, la coïncidence de plusieurs de ces causes.

Le traitement de ces convulsions du *post partum* pourra être calqué sur celui de l'éclampsie; comme dans ce syndrome, en effet, deux grandes indications se posent : calmer le système nerveux, et favoriser, dans la limite la plus large possible, l'élimination des toxines : l'opium et le chloral répondront à la première indication, de même que la morphine. Lusk conseille même les inhalations de chloroforme. Quant à la seconde indication, elle sera remplie par les purgatifs énergiques, les lavements à l'huile de croton, le lait pris en grande quantité. Enfin, quand l'état général le permet, on pourra tenter une large saignée. Un traitement prophylactique sera, justement, employé chez les femmes prédisposées aux accidents nerveux.

VISITES PROFESSIONNELLES A L'EXPOSITION UNIVERSELLE DE 1900.

Le bateau ambulance de la Croix-Rouge (Union des Femmes de France)

Le Comité de l'Union des Femmes de France a eu l'heureuse pensée d'organiser, sous le nom d'ambulances fluviales, un service de transport des blessés pas des bateaux parisiens et par des péniches, dont l'aménagement a été étudié de façon à éviter tout tâtonnement et tout à-coup au moment où il y aurait lieu de mettre ce mode de transport en service. Cette année, l'Union nous montre un bateau parisien transformé par elle en ambulance flottante, et c'est à juste raison que ces Dames signalent avec quelque fierté à leurs visiteurs cette importante annexe de leur exposition.

Ce mode de transport avait été déjà utilisé pendant le siège de Paris, et beaucoup de blessés ont été ainsi rapportés dans les hôpitaux et ambulances ; mais ce n'avait été qu'un service improvisé, et bien imparfait comparativement à celui que pourront faire des bateaux-ambulances organisés d'avance comme celui que nous admirons aujourd hui.

Le bateau-ambulance est amarré le long du quai qui longe le Palais des Armées de terre et de mer. Du bateau lui-même nous n'aurons que fort peu de chose à dire, étant donné que c'est un bateau parisien, dont la disposition est connue de tous : il nous suffira d'indiquer les modifications qui y ont été apportées en vue de sa nouvelle destination. Suppression de tous les bancs dans la partie avant, addition de deux mâts médians et de montants latéraux pour supporter la toiture de toile qui s'étend sur toute la longueur du bâtiment, dunettes comprises, et installation partout, latéralement et aux extrémités, de toiles formant paroi et de telle sorte que l'ensemble donne l'aspect d'une vaste tente flottante, dont les côtés peuvent être ouverts ou fermés à volonté dans une plus ou moins grande étendue ; enfin, sur l'arrière, quelques piliers de bois se rattachant à la toiture et destinés à supporter des cadres ou brancards suspendus; tels sont les points principaux par lesquels le bateau-ambulance se différencie de ses congénères affectés au service des voyageurs.

La partie avant nous montre en place un certain nombre de lits, de cadres et de brancards, les uns reposant sur le plancher même, les autres suspendus au-dessus des premiers. La cabine d'avant, débarrassée de tous ses bancs, lateraux et médians, contient 4 lits, deux de chaque côté, bout à bout, et 4 brancards suspendus dans le même ordre au-dessus d'eux. Au fond de cette cabine, d'un coté, un dressoir portant, sur ses rayons supérieurs la vaisselle des malades (pots à tisane, tasses, bols, etc.), et sur ses rayons inférieurs des urinoirs et des bassins divers ; de l'autre coté, une armoire à pharmacie et à objets de pansements. Dans la paroi du fond, la porte d'un petit réduit avec seau hygiénique qui sert de cabinet

d'aisances. Au-dessus de la cabine, sur la dunette d'avant, 4 brancards encore, deux de chaque bord, et, dans l'intervalle, un brancard suspendu à un châssis mobile en bois. Les lits sont constitués par une caisse en bois, reposant directement sur le plancher, avec plaques de chevet et de pieds peu élevées et non gênantes pour les soins à donner aux malades ; ils comportent un sommier à lames métalliques supportées par des ressorts spiraux et un matelas; le sommier est à jour, facile à surveiller et à nettoyer, s'il y a lieu, dans toutes ses parties, après enlèvement du matelas et des autres pièces de literie. Les cadres ne contiennent qu'une paillasse avec une couverture, sans sommier; deux anses de fer transversales, l'une du côté de la tête, l'autre du côté des pieds. tordues en boucle à leur milieu, servent à les suspendre, par l'intermédiaire de crochets, soit à des anneaux fixés aux travers du plafond, soit aux montants verticaux disposés à cet effet entre le plancher et la charpente du toit du bateau. La suspension des brancards est réalisée d'une façon analogue par des anses de corde qui embrassent les manches de ceux-ci, et qui se rattachent aux supports par une boucle médiane, la plupart directement, quelques-uns par l'intermédiaire de ressorts spiraux en acier. Pour les cadres et brancards suspendus au voisinage d'une paroi ou de montants contre lesquels ils pourraient venir se heurter, des ressorts spiraux sont disposés entre eux et l'obstacle, dans le but de prévenir et les mouvements de balancement excessif et les heurts qui en seraient la conséquence.

La partie arrière du pont, ainsi que la cabine correspondante, ne contiennent pas de lits et sont restées pourvues de leurs bancs latéraux; les bancs médians de la cabine ont été supprimés, comme dans celle d'avant, de sorte qu'on a, là aussi, un large espace disponible pour installer au besoin des lits et des brancards. La dunette arrière, couverte comme l'autre et comme tout le pont, et fermée latéralement et au fond par des toiles, pourrait recevoir également quelques malades couchés; sur le bateau exposé elle n'est pas garnie de brancards, et porte seulement, sur sa partie antérieure, la provision de lingerie nécessaire aux passagers; mais sur le bateau en service, la dunette resterait libre pour les brancards. et cette petite lingerie trouve place au fond. Dans la cabine arrière, une petite bibliothèque, une table centrale portant un grand filtre Eden, une table à pied latéral pouvant servir à un malade alité, et pourvue d'un petit pupitre replié dans l'épaisseur du bois et relevable à volonté. Sur le pont, partie arrière toujours : de petites tables de bois pour les repas des malades non couchés ; une caisse de pharmacie sur la banquette demi-circulaire qui s'adosse au châssis vitré de la chambre des machines en avant du haut de l'escalier de la cabine ; entre l'autre extrémité de ce châssis et le tambour métallique qui entoure la cheminée, un fourneau de cuisine en fonte, avec ustensiles de cuisine accrochés ou déposés alentour; sur le tambour de la cheminée, une marmite destinée à préparer et à conserver tout prêt et tout chaud du consommé fait avec du bouillon concentré Racel, une grande cafetière, et, enfin, quelques petites cafetières individuelles d'une disposition si pratique et si commode, que nous croyons bon d'indiquer sommairement. Elles se composent d'un verre ordinaire, dont la partie inférieure est logée, jusqu'à mi-hauteur à peu près, dans un gobelet de fer blanc à anses, et à la partie supérieure duquel vient s'adapter un petit filtre à café, complet de toutes pièces, jusques et y compris une mesure pour la dose de café à employer.

L'aménagement de ce bateau-ambulance est réglé pour le transport de 40 blessés ou malades, dont 26 couchés. On a pu juger, d'après ce qui précède, de la sollicitude éclairée et de l'ingéniosité avec lesquelles il a été réalisé. Et, quand nous aurons dit que l'Union s'est assuré le concours éventuel de la Compagnie des bateaux parisiens pour multiplier, suivant les besoins, les ambulances flottantes, qu'elle a prévu en même temps les moyens d'utiliser pareillement les péniches de nos rivières et de nos canaux, et qu'elle a tout prêt le personnel dévoué pour assister les blessés et malades ainsi transportés, on comprendra l'importance du nouveau service que vient de créer cette bienfaisante et pratique Société.

Ch.-H. Petit-Vendol.

CORRESPONDANCE

Sanatorium pour lépreux.

Au sujet du Bulletin que nous avons publié dans le dernier numéro, nous avons reçu la lettre suivante :

« Très honoré Confrère.

« Je vous remercie du compte rendu et des lignes aussi bienveillantes que dévouées du Bulletin du *Progrès médical*, en date du 23 juin.

« Permettez-moi de vous dire qu'avant même d'avoir reçu notification du vœu émis par le Comité consultatif d'hygiène publique de France, j'écrivais à Monsieur le Président du Conseil, ministre de l'Intérieur, que je me soumets volontairement à la surveillance de l'autorité publique, et que je prendrai toutes les mesures sanitaires jugées nécessaires par les autorités compétentes.

« Ce vœu répond donc à mes désirs, et je m'empresse de vous en informer en vous priant d'agréer, très honoré confrère, l'expression de mes sentiments confraternels les plus reconnaissants et les plus distingués.

« Dr Sauton. »

Le Dr Sauton donne dans cette circonstance un exemple qui devrait être suivi par tous les établissements privés de bienfaisance ; leurs administrateurs, au lieu de fermer la porte aux inspecteurs, devraient souhaiter leur visite. Quand on agit vraiment dans l'intérêt des malheureux on doit être désireux de montrer ce que l'on fait et de mettre en évidence le bon emploi des dons que l'on reçoit. B.

CONGRÈS INTERNATIONAUX

XIIIe Congrès international de Médecine.

(*Paris* 2-9 *août* 1900).

En raison du désir exprimé par M. le Président de la République de clôturer le Congrès, le programme des fêtes se trouve un peu modifié et arrêté définitivement de la manière suivante:

2 août. Fête offerte par M. le Président du Conseil, au nom du Gouvernement. — 3 août. Réception (sur invitation) par M. le Président du Congrès. — 5 août. Fête offerte aux membres du Congrès par le Bureau et le Comité d'organisation du Congrès au palais et dans les jardins du Luxembourg. — 7 août. Fête offerte par le Conseil municipal dans les salons de l'Hôtel de Ville.— 9 août. Fête offerte par M. le Président de la République au palais de l'Elysée.

Xe Congrès international d'hygiène et de démographie.

(*Paris, du* 10 *au* 17 *août* 1900.)

L'appel que les hygiénistes français ont adressé aux savants étrangers, à propos du Xe Congrès international d'hygiène et de démographie qui se tiendra à Paris du 10 au 17 août prochain, a été partout entendu. Tous les gouvernements, les académies et société savantes ont tenu à honneur de se faire représenter par une délégation spéciale et, dès aujourd'hui, on peut annoncer qu'aucun des Congrès internationaux d'hygiène précédents n'aura réuni un aussi grand nombre d'adhérents.

Pour être membre du Congrès, il suffit d'adresser son adhésion au Secrétariat, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, à Paris en en y joignant un mandat de vingt-cinq francs. Les dames accompagnant les membres du Congrès peuvent, moyennant une cotisation de dix francs, bénéficier des avantages accordés aux membres du Congrès sans avoir cependant le droit de prendre part aux discussions.

Les avantages assurés aux adhérents du Congrès sont dès maintenant: l'entrée gratuite à l'Exposition ; des réductions de tarifs sur les prix des places des chemins de fer et des compagnies de navigation ; des facilités assurées pour le logement pendant le séjour à Paris, etc., etc.

Dans toutes les sections, les rapports sont sous presse et

parviendront à tous les membres avant l'ouverture du Congrès. Un grand nombre de communications ont déjà été signalées au secrétariat. Le Comité d'organisation s'est assuré le concours d'un certain nombre d'interprètes spéciaux qui traduiront immédiatement en français le résumé des communications et discussions faites en langue étrangère.

Pendant la durée du Congrès, des visites scientifiques et des conférences spéciales seront organisées par les soins du Comité.

VARIA

Le Congrès universel de tempérance de Londres.

Ce congrès, qui vient de prendre fin, n'appartient pas à la série des congrès internationaux contre l'alcoolisme ayant lieu tous les deux ans, comme celui que nous avons réuni à Paris l'année dernière.

Ce *World's Temperance Congress* se tient à Londres deux fois par siècle à titre de grande manifestation anti-alcoolique. Le dernier avait eu lieu en 1846, et cette fois c'est en l'honneur ou plutôt à l'occasion de l'Exposition universelle de Paris qu'il a été assemblé, dans l'idée que les Américains, Australiens, Asiatiques et Africains, après avoir passé les océans pour venir en France, n'hésiteraient pas à accourir au bord de la Tamise, n'ayant plus que la Manche à franchir. Cette espérance n'a pas été pleinement satisfaite. Le nombre des adhérents n'a pas pu égaler celui de notre congrès de Paris ; les étrangers surtout y étaient très sensiblement moins nombreux. Plus qu'ailleurs la lutte contre le fléau revêt en Angleterre un caractère confessionnel ; aussi l'élément religieux y tenait-il une grande place ; plus qu'ailleurs encore la femme joue un rôle actif et énergique; aussi les dames étaient particulièrement nombreuses et apportaient-elles d'importants documents. Par contre, l'élément médical, quoique bien représenté, était trop rare. A remarquer cependant les communications sur « la valeur diététique de l'alcool » par le Dr M. Gillette, des Etats-Unis d'Amérique; sur « la responsabilité des médecins en matière d'alcoolisme » par le Dr Shepard, des E. U. A. ; sur « l'alcoolisme chez les aliénés pauvres d'Amérique », par le Dr Mason, E. U. A. L'Amérique et la France étaient d'ailleurs les deux nations les plus médicalement représentées, bien que les médecins français comme leurs collègues anglais aient apporté des communications d'ordre plutôt administratif ou législatif. Sa première séance, assez curieuse, a été consacrée à recevoir les « vétérans » de 1846 ; ils étaient sept, bien conservés, l'aîné ayant quatre-vingt-sept ans et le plus jeune soixante-onze ans. Leurs discours ont bien montré ce qu'était la tempérance à leur époque, plus sentimentale qu'éclairée, souffrant de l'imminence du danger sans le bien connaître, plus riche en bonne volonté qu'en documents utiles, et partant en guerre décidée à trouver son chemin tout en marchant. Mais c'était encore quelque peu enfantin. Les séances suivantes ont montré le chemin parcouru depuis dans tous les pays du monde à grand renfort de statistiques, d'histoire, de législation. Comme dans le congrès de Paris, l'enseignement et l'éducation ont tenu le rôle le plus important ; l'armée, la marine, les races indigènes des colonies ont eu leur bonne part. Dans presque tous les pays, aujourd'hui, en France depuis peu, l'armée et la flotte ont leur réglementation plus ou moins stricte pour la consommation alcoolique ; mais partout on a également négligé la protection des races indigènes que les nations civilisées prennent au contraire plaisir à empoisonner de leur mieux. A ce propos nous avons eu un spectacle vraiment saisissant, un Hindou, au teint vert-olive, au turban rose, mais à la redingote noire, est monté à la tribune dans un meeting auquel assistaient plus de trois mille Londoniens. Avec une éloquence acerbe et une fougue magistrale, il leur a tenu à peu près ce langage : « Honte à vous, peuple qui vous dites civilisateurs, honte à vous qui nous avez apporté l'alcoolisme jadis inconnu de nous tous ! Vous nous inondez de boissons qui nous tuent et nous dégradent, après nous avoir dit que vous nous aviez conquis pour élever notre niveau moral. Serez-vous assez forts, serez-vous assez loyaux maintenant pour défaire ce que vous avez fait ? Qu'avons-nous à penser de vous si vous ne nous délivrerez pas de l'immonde fléau que vous entretenez parmi nous ? »

Cette franchise a valu à son auteur non pas la moindre protestation, mais un véritable triomphe de la part de son énorme auditoire britannique.

Dans un autre ordre d'idée, un important discours a été prononcé par M. Russel, membre du Parlement, qui a fortement malmené ses collègues, et d'après lequel nous avons vu qu'à Westminster la question du péril alcoolique ne passionne pas plus les députés qu'au Palais-Bourbon.

En dehors de l'abondance des digressions confessionnelles, en dehors de quelques rapports spéciaux au point de vue britannique et de quelques communications particulières, telles que celle de M. Stephenson sur les « cruautés infligées aux enfants par des parents alcooliques », ou celle de Miss Barret sur « le crime juvénile dans ses rapports avec l'alcoolisme », le programme a été à peu près le même que celui du congrès de Paris, bien que moins chargé que ce dernier. Chaque nation est venue montrer à quel point elle en est actuellement au point du vue de la consommation, de la lutte et de la législation, ce qui nous a permis de voir que si la France est encore malheureusement en tête des nations qui boivent, elle a fait de grands progrès ces dernières années sur le terrain de la lutte et commence à tenir de ce chef un rang honorable, mais qu'elle a besoin encore d'activer sa propagande et d'en multiplier les moyens d'action, que les résultats positifs y sont aussi faciles à obtenir, si ce n'est plus que dans nombre d'autres pays, si on veut se donner la peine de les poursuivre. L'Angleterre avec ses huit millions d'abstinents et ses trois millions d'enfants enrôlés dans les « Bands of hope », possède une propagande admirablement organisée et d'une rare puissance, et gagne du champ malgré des difficultés plus grandes que celles que nous trouvons chez nous, difficultés qui tiennent à ses conditions alimentaires nationales et au mépris invétéré de l'eau pure professé même par les abstinents totaux qui ont toujours recours à un thé trop corsé et à l'abominable « ginger ale ». En Grande-Bretagne, pas plus qu'ailleurs, la loi n'a favorisé la lutte, et les succès remportés sont dus uniquement aux associations de propagande.

Ce congrès a bien montré d'ailleurs la grande facilité avec laquelle on peut élaborer des projets de loi, et l'inanité, l'inefficacité de ces lois dont l'application n'arrive jamais ou du moins se montre radicalement impuissante. Une seule loi a produit quelque chose, c'est celle de la *prohibition avec option locale*, celle qui a sauvé les pays scandinaves et plusieurs Etats de l'Amérique du Nord. C'est par un long et patient travail de l'opinion publique qu'on arrive à la mettre sur pied. C'est donc toujours la consécration de l'initiative privée organisée en associations.

Les séances du Congrès ont été, en réalité, peu mouvementées et les discussions souvent écourtées, l'intérêt principal se portant sur les grands meetings provoqués à l'occasion, et à côté du Congrès, meetings populaires ou devant des auditoires de trois à quatre mille personnes, les grands orateurs de la tempérence anglaise parlaient tour à tour apres un délégué de chaque nation ou de chaque colonie. C'est dans l'une de ces réunions que les plus sensationnels succès ont été remportés par l'Hindou susmentionné et par Lady Sommerset. La visite de l'Hôpital de tempérance, où les Drs Collins et Badjen se sont multipliés pour nous montrer leurs services, a été pour nous d'un grand attrait. C'est un hôpital modèle monté sur le pied du plus grand luxe et où l'alcool ne penetre meme pas à la pharmacie, sauf pour les quelques malades qui entrent avec des affections compliquées d'alcoolisme aigu et auxquels on délivre les premiers jours de petites quantités de potion de Todd pour ne pas amener d'accidents de suppression brusque.

F. BOISSIER.

La tuberculose et les gardiens de la paix.

D'un travail du Pr Landouzy, il résulte que les gardiens de la paix de Paris qui sont tous des hommes de choix puisqu'ils ont été l'objet d'une double sélection, au service militaire d'abord, et à leur entrée dans la police, sont les victimes préférées de la tuberculose. En 1899, sur un effectif de 7.943 gardiens, 30 ont été réformés comme tuberculeux et [illegible] sont morts

de phtisie. Sur 1.316 gardiens morts ou réformés dans ces dix dernières années; 474 l'ont été du fait de la tuberculose, ce qui fait 37 0/0 sur le nombre total des malades et des morts. J. N.

La condition légale de la femme turque.

Mlle Selma Riza a, au Congrès des Œuvres féminines, exposé dans un remarquable rapport la condition de la femme musulmane en Turquie.

La liberté et la sécurité de la femme turque sont suffisamment garanties par les lois civiles et religieuses du pays. Plusieurs de ces lois sont toujours strictement appliquées ; quelques-unes sont au contraire méconnues et abandonnées. Une femme turque, mariée ou non-mariée, peut posséder et gérer ses biens, porter témoignage en justice, tester selon ses désirs, être tutrice, etc., tout cela sans le consentement de son mari, ou du chef de la famille. Par contre, la liberté individuelle, la liberté de conscience, la liberté d'enseignement, c'est-à-dire les droits les plus sacrés de l'être humain, droits que l'islamisme n'a pas hésité à reconnaître intégralement à la femme, sont aujourd'hui mortellement atteints. Ainsi, la femme turque est rigoureusement tenue d'observer certains usages despotiques qui la tiennent dans un assujettissement avilissant. Ces usages, mentionnés dans le rapport, sont contraires aux lois musulmanes qui sont entièrement favorables à l'émancipation et surtout au relèvement moral et intellectuel de la femme. La femme turque ne revendique donc que l'application intégrale et honnête des lois existantes.

Les Épidémies.

La fièvre jaune au Sénégal.

L'Agence Havas a publié la dépêche suivante au sujet de la fièvre jaune qui a éclaté naguère à Dakar :

« Aucun cas de fièvre jaune ne s'étant produit depuis le 29 mai, la commission sanitaire leva la quarantaine neuf jours après, aux termes du décret sanitaire, lorsque, le 10, deux nouveaux cas suivis de mort furent signalés. Les mesures les plus sévères ont été prises aussitôt pour isoler Dakar du reste de la colonie. La quarantaine est rétablie, les trains partent de Rufisque seulement pour Saint-Louis, et un cordon sanitaire est installé à Thioroye, à 28 kilomètres de Rufisque. Nous apprenons que le fléau est à Bathurst, porté par des Syriens qui s'étaient rendus sur ce point. Gorée, Rufisque et Saint-Louis sont toujours indemnes.

« Le général Combes, qui devait aller rejoindre le général Dodds en inspection à Dakar, avait été prévenu à temps avant d'avoir franchi le cordon sanitaire, et s'est arrêté à Rufisque; il reviendra demain à Saint-Louis. On dit que l'*Amérique*, de la Compagnie Frayssinet, devant passer à Dakar le 15, y prendra le général Dodds et tous les contaminés qui voudront partir. »

La scarlatine à l'Ecole Centrale.

Quelques cas de fièvre scarlatine — sept exactement — se sont produits parmi les élèves de l'Ecole centrale des arts et manufactures. D'après le *Temps* du 25 juin, conformément à la décision de son conseil et à l'avis donné par le ministère du Commerce, les élèves de cette école ont été licenciés. Ce n'est là, d'ailleurs, qu'une mesure de prudence, car l'épidémie est restée bénigne. Les sept élèves atteints sont tous en voie de guérison et les locaux ont été désinfectés dès l'apparition du mal.

La rentrée se fera à la date habituelle.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris

Lundi 2. — 5e *de Doctorat* (1re *partie*) (1re *série*). Chirurgie : MM. Terrier, Mauclaire, Legueu. — (2e *série*): MM. Jalaguier, Poirier Broca (Aug.). — (2e *partie*) : MM. Hayem, Brissaud, Teissier. — (1re *partie*) (1re *série*) : MM. Tillaux, Lejars, Walther. — (2e *série*) : MM. Lannelongue, Tuffier, Delbet. — (2e *partie*) : MM. Fournier, Déjerine, Gaucher. — (1re *partie*). Obstétrique : MM Pinard, Varnier, Lepage.

Mardi 3. — 3e *de Doctorat*. Oral. (1re *partie*). M. R. Schwartz, Quénu, Thiery. — 5e *de Doctorat* (2e *partie*) 1re *série*). MM. Dieulafoy Charrin, Achard. — (2e *série*) : MM. Raymond. Vaquez et Dupré. — (1re *partie*) (1re *série*). Chirurgie : MM. Guyon. Nélaton, Albarran. — (2e *série*) : MM. Berger, Brun, Faure. — (2e *partie*) : MM. Jaccoud, Chantemesse, Thiroloix. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Budin, Bonnaire, Wallich.

Mercredi 5. — 2e *de Doctorat* : (2e *partie*) : MM. Remy, Wurtz, Desgrez. 3e *de Doctorat* Oral. (1re *partie*). N. R. ; MM. Lannelongue, Poirier, Lepage. — (2e *partie*). N. R. : MM. Potain, Blanchard, Launois, Joffroy, Widal, Thoinot.

Jeudi 5. — 2e *de Doctorat* (2e *partie*) : MM. Blanchard, Chassevant, Launois. — 3e *de Doctorat*. Oral (1re *partie*) (1re *série*) : MM. Lannelongue. Albarran, Bonnaire. — (2e *série*) : MM. Schwartz, Faure, Wallich. — 4e *de Doctorat* : MM. Pouchet, Widal, Langlois.

Vendredi 6. — 2e *de Doctorat*. — MM. Hanriot, Heim, André. 5e *de Doctorat* (1re *partie*). Chirurgie : MM. Mauclaire Jalaguier. Lejars. — (2e *partie*) : Déjerine, Gaucher, Wurtz. — (2e *partie*) (1re *série*) : MM. Potain, Landouzy, Thoinot. — (2e *série*) : MM. Brissaud, Widal, Teissier. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Pinard, Varnier, Lepage.

Samedi 7. — 4e *de Doctorat* — MM. Pouchet, Langlois, Thiroloix. — 5e *deDoctorat* (2e *partie*) (1re *série*) : MM. Raymond, Hutinel, Ménétrier. — (2e *partie*) (2e *série*) : MM. Chantemesse. Marfan, Achard. — (2e *partie*) (1re *série*). MM. Cornil, Joffroy, Vaquez. — (2e *série*) : MM. Debove, Roger, Dupré. — (1re *partie*). Obstétrique : MM. Budin. Bonnaire, Wallich.

Thèses de la Faculté de Médecine de Paris.

Mercredi 4. — M. Ruillier. Des troubles de la sensibilité de la région épigastrique. — M. Vanwtberghe. Contribution à l'étude de la symphyséotomie. — M. Ralli. Grossesse extra-utérine. — M. Mombet. Les opérations plastiques sur le vagin et sur le périnée au point de vue des accouchements. — M. Rignier. Du massage. — Traitement rationnel des ulcères de jambe. — M. Rouxel. Etude sur les kystes synoviaux extra-poplités du genou. — M. Duhamel. Contribution à l'étude du sarcome de la parotide. — M. Lecocq. Une méthode du traitement des fractures du calcanéum.

Jeudi 5. — Mlle Pariselle. Des fontanelles ; anatomie et pathologie. — M. Pelletier. Contribution à l'étude des laryngocèles. — M. Ferron. Contribution à l'étude opératoire dans l'appendicite. — M. Druaut. Recherche sur la pathogénie de l'amaurose quinique. — M. Andrieux. Complications pleuro-pulmonaires de l'érysipèle. — M. Le Filliatre. Des différents traitements de la maladie de Basedow. — M. Vialle. Hygiène hospitalière. — Le service des douteux à l'hopital des Enfants-Malades. — M. Poirier (H.). Essai sur l'hygiène rurale touchant particulièrement les maladies contagieuses et l'enfance. — M. Caussade. De la céphalalgie urécémique chez les enfants. — M. Viard. De la myopathie primitive progressive, — forme juvénile d'Erb. — M. Bonnat. Etude clinique sur la période terminale de la paralysie générale et la mort des paralytiques généraux. — M. Demay. De la respiration pulmonaire pendant la vie intra-utérine. — Remarques cliniques, constatations anatomiques. — M. Netter. Echanges nutritifs dans l'allaitement artificiel. — M. Ducournau. Des moyens de combattre la dépopulation par la diminution de la mortalité infantile et, principalement en favorisant l'allaitement maternel. — M. Bensis. Recherche sur la flore vulvaire et vaginale chez la femme enceinte.

Enseignement médical libre.

Clinique ophtalmologique. — Nous apprenons que le Dr Meyer s'est associé le Dr Kopff comme collaborateur, à sa clinique des maladies des yeux, 13, rue St-Guillaume.

Cours de chirurgie oculaire. — M. le Dr A. Terson, le jeudi, à 5 heures. Ce cours est gratuit. S'inscrire d'avance, 52, rue Jacob, tous les jours, de 1 à 2 heures.

Cours complets élémentaires et pratiques de vénéréologie et de gynécologie. — Deuxième série des cours de l'infirmerie de Saint-Lazare. — Mardi, M. Wickham, *syphiligraphie*. Jeudi, M. Verchère, *vénéréologie*. Samedi, M. Ozenne, *gynécologie*. Le cours comprend dix-huit leçons.

Maladies nerveuses et mentales. Hypnotisme. — M. le Dr Bérillon, lundis et vendredis, à 5 heures du soir, à l'école pratique de la Faculté de médecine, amphithéâtre Cruveilhier, *applications cliniques, psychologiques et médico-légales de l'hypnotisme.*

Clinique Apostoli-Laquerrière (15, rue Montmartre). — Conformément aux dispositions testamentaires du Dr Apostoli, sa sa clinique prend le nom de « Clinique Apostoli-Laquerrière » et devient la propriété du Dr A. Laquerrière. Comme par le passé, les portes en seront largement ouvertes aux médecins et étudiants. M. Laquerrière continuera à leur usage les mardis, jeudis et samedis, de 5 à 6 heures, l'enseignement clinique de l'Electrothérapie suivant l'habitude du Dr Apostoli.

FORMULES

XXXIII. — Contre le diabète.

Arséniate de soude. . .	0 gr. 002 à 0 gr. 003 milligr.
Carbonate de lithine. . .	0 — 10 à 0 gr. 15 centigr.
Codéine.	0 — 02 à 0 — 05 —
Poudre de thériaque. . .	0 — 25 centigr.
Extrait de quinquina à sec et pulvérisé.	0 — 40 —

Pour un cachet, deux par jour. (A. Robin.)

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 10 juin au samedi 16 juin 1900, les naissances ont été au nombre de 1168 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 444, illégitimes, 168. Total, 612. — *Sexe féminin* : légitimes, 402, illégitimes, 154. Total, 556.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1896 : 2.511.629 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 10 juin au samedi 16 juin 1900, les décès ont été au nombre de 942, savoir : 530 hommes et 412 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 6, F. 8. T. 14. — Typhus : M. 0, F. 0, T. 0. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole: M. 9, F. 9, T. 18. — Scarlatine : M. 0, F. 1, T. 1. — Coqueluche : M. 4, F. 2, T. 6. — Diphtérie. Croup : M. 1, F. 4, T. 5. — Grippe : M. 0, F. 0, T. 0. — Phtisie pulmonaire : M. 114, F. 67, T. 181. — Méningite tuberculeuse : M. 9, F. 4, T. 13. — Autres tuberculoses : M. 12, F. 6, T. 18. — Tumeurs cancéreuses : M. 28, F. 34, T. 62. — Tumeurs autres : M. 0, F. 4, T. 4. — Méningite simple : M. 14, F. 9, T. 23. — Congestion et hémorragie cérébrales : M. 17, F. 20, T. 37. — Paralysie, M. 7. F. 5, T. 12. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 2, T. 6. — Maladies organiques du cœur : M. 28, F. 20, T. 48. — Bronchite aiguë : M. 4, F. 2, T. 6. — Bronchite chronique : M. 13, F. 12, T. 25. — Broncho-pneumonie : M. 16, F. 13, T. 29. — Pneumonie : M. 16, F. 14, T. 30. — Autres affections de l'appareil respiratoire: M. 21, F. 14, T. 35. — Gastro-entérite, biberon : M. 24, F. 10, T. 34. — Gastro-entérite, sein : M. 7, F. 3, T. 10. — Diarrhée de 1 à 4 ans : M. 6, F. 2, T. 8. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 4, F. 2, T. 6. — Fièvres et péritonites puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale : M. 13, F. 6, T. 19. — Sénilité : M. 7, F. 24, T. 31. — Suicides : M. 17, F. 10, T. 27. — Autres morts violentes : M. 16, F. 4, T. 20. — Autres causes de mort: M. 107, F. 83, T. 190. — Causes restées inconnues : M. 6, F. 3, T. 9.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 94, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 44, illégitimes, 14. Total : 38. — *Sexe féminin* : légitimes, 29, illégitimes, 9. Total : 36.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE CLERMONT. — M. Mally, docteur en médecine, est chargé, à dater du 1er novembre 1900, d'un cours de physique.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN. — M. Dumont, suppléant de la chaire d'histoire naturelle, est prorogé dans ses fonctions pour trois ans, à dater du 9 juillet 1900.

CONCOURS DU PROSECTORAT. — Au concours du prosectorat qui vient de se terminer, MM. Guibé et Veau sont nommés prosecteurs à la Faculté de médecine.

CONCOURS POUR L'ADJUVAT. — On été nommés à ce concours: MM. Alglave, Chifoliau, Alexandre, Rénon et Léo.

STAGE HOSPITALIER. — (Pendant la période des vacances). MM. les étudiants, dont la scolarité est soumise au stage hospitalier, et qui n'auraient pu, pour des motifs sérieux, accomplir le stage en 1899-1900 (du 1er décembre 1899 au 15 juin 1900) sont informés que, dans le but de régulariser leur situation, ils seront admis, pendant la période des vacances (du 1er juillet au 1er novembre), dans certains services de cliniques qui leur seront désignés. Ceux d'entre eux qui voudraient bénéficier de cette mesure devront adresser une demande écrite au doyen de la Faculté avant le 15 juillet, en indiquant s'ils désirent suivre un service de médecine ou de chirurgie.

TROIS NOUVELLES DOCTORESSES. — La Faculté de médecine de Montpellier vient de conférer le titre de docteur à trois jeunes femmes : Deux Russes et une Anglaise. Cette dernière, Mlle Hamilton a, dans une thèse très littéraire, envisagé le rôle des infirmières dans les Hôpitaux. Le nouvelle doctoresse a insisté sur la nécessité d'une instruction rigoureusement scientifique pour les infirmières, reléguant les Sœurs de Charité le plus souvent dépourvues de connaissances techniques à la chapelle, les montrant inaptes à servir utilement les malades et plus préoccupées de leur salut moral que de leur santé. Cette thèse très habilement soutenue a obtenu la mention *très bien* en dépit de quelques restrictions plutôt aigres d'un des membres du Jury. (*La Fronde* du 21 Juin 1900).

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — Le médecin principal Bellot, du cadre de Cherbourg, est désigné pour embarquer sur le transport *Nive* qui se rend en Chine, au lieu et place du docteur Prat, en instance de retraite.

Médecins sanitaires maritimes. — Un examen pour l'inscription au tableau des médecins sanitaires maritimes à bord des navires aura lieu, le mercredi 18 juillet prochain, au ministère de l'Intérieur. Le programme de l'examen sera envoyé à toute personne qui en fera la demande. Des exemplaires seront également déposés au secrétariat de la Faculté de médecine pour être remis aux intéressés.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — La commission de l'assistance publique au Conseil municipal (cinquième commission) a décidé de visiter les uns après les autres tous les hôpitaux de Paris, pour y étudier sur place les améliorations nécessaires. On se souvient que le précédent Conseil avait établi un vaste projet de démolition et de reconstruction de certains hôpitaux. La commission actuelle veut en dresser un nouveau : sa première visite sera pour l'hôpital de la Pitié. La cinquième commission, en outre, a étudié une proposition de M. Faillet tendant à la distribution aux pauvres, à l'occasion de l'Exposition, d'une somme de 200.000 francs. Elle va rechercher le moyen de prélever ce crédit sur les fonds du pari mutuel.

PRIX AUDIFFRED. — L'Académie des Sciences morales et politiques a décerné, en comité secret, le prix Audiffred, de la valeur de *quinze mille francs* destiné « à récompenser les plus beaux, les plus grands dévouements de quelque genre qu'ils soient » au Dr Yersin pour « sa découverte du sérum contre la peste ».

LES ETUDIANTS SUÉDOIS A PARIS. — Un groupe d'étudiants de l'Université suédoise d'Upsal est arrivé par l'express de Cologne le 25 juin. Une délégation de l'Association générale des étudiants est allée l'attendre à la gare du Nord. Ces étudiants, musiciens de grand mérite se proposent de donner, durant leur séjour à Paris, plusieurs concerts au Trocadéro. Mardi le quartier latin les fêtera. Les étudiants d'Upsal arriveront à huit heures du soir, en costume officiel, leur bannière en tête, rue des Ecoles ; après une réception à l'Association générale, étudiants suédois et français se rendront au café Voltaire, à un « punch d'honneur ». Une « soirée amicale » sera donnée à l'Association et les étudiants d'Upsal feront entendre quelques morceaux de leur répertoire.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — M. Stanislas MEUNIER, professeur de géologie au muséum d'Histoire naturelle fera une excursion géologique publique le dimanche 1er juillet, dans le parc de Grignon. Il suffit, pour prendre part à l'excursion, de se trouver au rendez-vous : Gare du Montparnasse où l'on prendra, à 8 h. 25, le train pour Plaisir Grignon. Pour profiter de la réduction de 40 0/0 accordée par le chemin de fer, il est indispensable de verser le montant de la place au Laboratoire de Géologie, rue de Buffon, 61, avant samedi à quatre heures.

M. Stanislas MEUNIER, professeur au Muséum d'Histoire naturelle, fera, samedi 30 juin à 9 heures du soir, au *Palais de l'Optique*, au Champ de Mars, avenue de Suffren, une conférence avec nombreuses projections à la lumière électrique, sur les pierres tombées du ciel.

LE TESTAMENT DE MILNE-EDWARDS. — Le testament de M. Milne-Edwards vient d'être ouvert. Le regretté directeur du Jardin des Plantes lègue à cet établissement sa bibliothèque scientifique, une des plus riches qui soient. Cette bibliothèque devra être vendue et le produit affecté à la chaire de zoologie dont le donateur était titulaire. A la Société de géographie, dont il fut président, M. Milne-Edwards lègue une somme de 20.000 francs pour la fondation d'un prix à attribuer périodiquement aux voyageurs ou explorateurs. Enfin l'ancien directeur du Muséum donne 10.000 francs à la Société des amis des sciences.

INSTITUT PASTEUR. — Les demandes de renseignements au sujet du cours et des manipulations d'analyses biologiques et de produits alimentaires qui commenceront en novembre à l'Institut Pasteur devront être adressées 25, rue Dutot, à M. Trillat, chargé de l'organisation de ce cours.

INSTITUT PASTEUR D'ALGER. — Du 1er novembre 1894 au 31 décembre 1899, 1.836 personnes ont été soumises aux inoculations antirabiques ; il y a eu 9 morts, soit une mortalité de 4,9 0/0.

PRIX DE CHIRURGIE D'ARMÉE. — Le prix de chirurgie d'armée, dont le sujet était, pour le concours de 1899 : *De l'hémostase*

en campagne. ses moyens, son emploi, a été décerné à M. le médecin major de 2[e] classe Moingeard, surveillant à l'École d'application du Service de santé militaire.

STATISTIQUE DE LA TUBERCULOSE A PARIS. — D'après des chiffres officiels, 12.314 décès seraient dus à la tuberculose sur les 46.988 décès constatés à Paris en 1899.

CONGRÈS DES SOCIÉTÉS SAVANTES. — Le Congrès des Sociétés savantes, qui s'est ouvert le 5 courant, a décidé que ses prochaines assises auraient lieu à Lille, à Pâques 1901.

CENTENAIRE. — Une dépêche de Montpellier annonce la mort de M[me] veuve Jeanne Gibrat, belle-mère de M. Meynes, conseiller à la cour, décédée à l'age de 105 ans.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le D[r] DORVAU (de Chatellerault). — M. le D[r] MILLOT-CARPENTIER (de Paris). — M. le D[r] HAGENMULLER (de Marseille), médecin et zoologiste distingué.

AVIS A NOS ABONNÉS. — ***L'échéance du 1[er] JUILLET étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement a cessé à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement : DOUZE FRANCS. Ils pourront nous l'adresser par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste. Les mandats doivent être faits au nom du*** **Progrès médical** *ou de* **M. Rouzaud**, *administrateur.*

Nous leur rappelons que la quittance de réabonnement leur **sera présentée** *à partir du* **15 juillet** *Nous les engageons donc à nous envoyer* **de suite** *leur renouvellement par un mandat-poste. — Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la BANDE de leur journal.*

Chronique des Hôpitaux.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — *Radioscopie médicale.* — M. le D[r] A. BÉCLÈRE, le dimanche, à 10 heures du matin, dans la salle des conférences de l'hopital, une nouvelle série de *Six conférences sur les premières notions de Radiologie*, indispensables à la pratique de la Radioscopie et de la Radiographie médicales. Après chaque conférence, présentation et examen radioscopique des malades.

CLINIQUE NATIONALE OPHTHALMOLOGIQUE DES QUINZE-VINGTS. — *Conférences d'ophthalmologie.* — Mardi, à 1 h. 1/2, D[r] Trousseau, leçons cliniques. — Mercredi, à 1 heure, D[r] Kalt, leçons de diagnostic ophthalmologique avec indications thérapeutiques. — Jeudi, à 2 heures, D[r] Dubief, demonstration d'anatomie pathologique et de bactériologie. — Jeudi, à 3 heures, D[r] Valude, thérapeutique chirurgicale; présentation de malades. — Samedi, à 2 heures, D[r] Chevallereau, thérapeutique médicale. — Consultations et opérations, à 1 heure.

HÔPITAL BROCA. — *Cours complet de gynécologie.* — M. S. POZZI, le vendredi à 10 heures. — Un cours de gynécologie pratique sera fait les lundis et mercredis, à 10 heures, sous sa direction. Ce cours sera complet en vingt leçons. Démonstrations d'histologie sur les pièces du service, le samedi, à 10 heures, par le chef du laboratoire.

HÔPITAL ANDRAL. — *Maladies de l'estomac.* — MM. Albert MATHIEU, M. SOUPAULT et Ch. ROUX, ont commencé le lundi, 18 juin 1900, un cours complet sur le *Diagnostic et le traitement des maladies de l'estomac.* — Les élèves seront exercés aux manipulations nécessaires pour la détermination du chimisme gastrique, par M. Leboulais, pharmacien de 1[re] classe, ancien interne des hopitaux. Ce cours sera complet en un mois. Le prix de l'inscription est de 100 francs. Le nombre des inscriptions est limité. — S'adresser au Laboratoire de l'hopital Andral, 35, rue des Tournelles.

ASILE DE VILLEJUIF. (Tramway du Châtelet). — *Maladies mentales.* — M. TOULOUSE. Le mercredi, visite du service et présentation des malades intéressants.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Cours de clinique des maladies du système nerveux.* — M. le P[r] RAYMOND : vendredis et mardis, à 10 heures. — M. le D[r] J. VOISIN, conférences cliniques sur les *Maladies mentales et nerveuses*, le jeudi à 10 heures du matin.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies nerveuses chroniques des enfants.* — M. BOURNEVILLE, samedi à 9 h. 1/2. Visite du service (gymnase, ateliers, écoles, musée); présentation de cas cliniques, etc. — *Service de* M. le D[r] P. MARIE. Le service de l'infirmerie de Bicêtre comprend un grand nombre de malades atteints d'affections chroniques et particulièrement d'affections du système nerveux. Ce service est ouvert aux étudiants et le samedi a lieu, à 9 h. 1/2, une visite générale au cours de laquelle le D[r] Pierre Marie présente les malades les plus intéressants.

HÔPITAL DE LA PITIÉ. — M. le D[r] BABINSKI : conférences cliniques sur les *Maladies du système nerveux*, le samedi matin.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — Le D[r] DU CASTEL, conférences cliniques le samedi à 1 h. 1/2. A 1 h. 1/2 consultation externe. A 2 h. 1/2 conférence clinique dans la salle des conférences.

Leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques. — M. HALLOPEAU, salle des conférences, le dimanche, à 9 heures et demie du matin.

Maladies cutanées et syphilis : Le P[r] FOURNIER le vendredi matin.

Maladies du cuir chevelu. — M. SABOURAUD : tous les mercredis et samedis, à 9 h. 1/2, leçon théorique et pratique sur les maladies microbiennes du cuir chevelu et de la peau (laboratoire de l'école Lailler).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

PUBLICATIONS DU *PROGRÈS MÉDICAL*

ABADIE (J.). **Polyurie et pollakiurie hystériques.** Brochure in-8 de 19 pages. — Prix : 75 c. — Pour nos abonnes . . . . 50 c

BOSC et VEDEL. **De l'apoplexie progressive, de sa valeur en temps que syndrome, anatomo clinique speciale.** — Brochure in-8 de 20 pages. — Prix : 75 c. — Pour nos abonnés. . . . . . . 50 c.

COULONJOU (E.). **Sur l'aménorrhée d'origine nerveuse.** Brochure in 8 de 8 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés. . 35 c.

CULLERRE (A.). **Les objets de piété comme instruments de meurtre dans le délire religieux.** Brochure in-8 de 11 pages, avec 8 figures. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés. . . . . 35 c.

FAUCHER et BOURDIN. **Idiotie congénitale, hypospadias et pseudo hermaphrodisme externe.** Brochure in-8 de 16 pages. Prix : 50 c. — Pour nos abonnés . . . . 35 c.

FENAYROU. **Relation d'un cas de confusion mentale post-opératoire.** Brochure in-8 de 20 pages. — Prix : 75 c. — Pour nos abonnés . . . . 50 c.

GARNIER (S.). **L'odyssee d'un delinquant simulateur (Contribution à l étude de la simulation de la folie).** Brochure in-8 de 26 pages. — Prix : 1 fr. 25. — Pour nos abonnés . . . . 90 c

JACQUIN (G.). **Épilepsie, trépanation accidentelle.** Brochure in-8 de 8 pages, avec 2 figures. — Prix : 30 c. — Pour nos abonnés. 20 c.

KATZ (A.). **Sur denx variétés très rare d'angine phlegmoneuse chez l'enfant.** Brochure in-8 de 8 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnes . . . . 35 c.

KUCHARZEWSKI (H.). **Un cas de blennorrhagie compliqué de rbumatisme de troubles nerveux et d'iridocyclite.** Brochure in-8 de 8 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnes . . . . 35 c.

LADAME (P.). **Des troubles psychiques dans la chorie dégénérative (Chorée héréditaire, chorée de Huntington).** Brochure in-8 de 50 pages, avec 3 planches. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr.

MIRALLIÉ (Ch.). **Convulsions post-traumatiques. (Épilepsie essentielle-craniectomie.)** Brochure in-8 de 7 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés. . . . . 50 c.

MONGOUR et GENTES. **Deux observations d'hémiplégie avec hémianesthésie.** Brochure in-8 de 10 pages, avec 2 figures. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés . . . . 35 c.

PECHIN (A.). **Iritis bilatérale d'origine palustre.** Brochure in-8 de 8 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés. . . . . 35 c.

SOUKHANOFF (S.). **Sur l'état variqueux des dentrites corticales.** Brochure in-8 de 16 pages. — Prix : 75 c — Pour nos abonnés. 50 c.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. GOUPY, G. MAURIN, SUCC[r], RUE DE RENNES, 71.

TABLE DES MATIÈRES

N. B. — **Rechercher par ordre alphabétique, non seulement dans la succession régulière des lettres, mais aussi aux articles suivants:** Nécrologie, Hôpitaux, etc.

A

B

C

D

E

N

O

P

Q

R

S

T

PARIS — IMP. V. GOUPY, G. MAURIN SUCC., RUE DE RENNES, 71

PRIMES A NOS ABONNÉS

Les ŒUVRES COMPLÈTES de M. le Pr CHARCOT, publiées par le *Progrès médical*, forment actuellement treize volumes, se décomposant ainsi :

T. I, II, III. —	Leçons sur les **maladies du système nerveux**	48 fr.
T. IV. —	Leçons sur les **localisations cérébrales**	12 »
T. V. —	Leçons sur les **maladies du poumon et du système vasculaire**	15 »
T. VI. —	Leçons sur les **maladies du foie, des voies biliaires et des reins**	12 »
T. VII. —	Leçons sur les **maladies des vieillards, goutte et rhumatisme**	12 »
T. VIII. —	**Maladies infectieuses, affections de la peau, kystes hydatiques, thérapeutique**	10 »
T. IX. —	**Hémorragie cérébrale, hypnotisme, somnambulisme, etc**	15 »
Leçons du Mardi à la Salpêtrière, deux forts volumes in-4° couronne		40 »
Clinique des maladies du système nerveux, deux volumes in-8° carré		24 »
La Foi qui guérit		2 »

Soit au total 190 fr. — Pour permettre, à ceux de nos abonnés qui ne la possèdent pas, l'acquisition de cette précieuse collection, nous la délivrerons dans nos bureaux

Au prix net de 50 francs.

Publications du *PROGRÈS MÉDICAL*

BOURNEVILLE. **Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie.** Compte rendu du service des épileptiques et des enfants idiots et arriérés de Bicêtre :

Tome I (1880). Publié avec la collaboration de M. d'Ollier. Brochure in-8 de 74 pages — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés. . . . . . 2 fr.

Tome II (1881). — Publié avec la collaboration de MM. Bonnaire et Wuillamier, volume in-8 de XVI-172 pages, avec 7 planches hors texte. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 4 fr.

Tome III (1882). — Publié avec la collaboration de MM. Dauge et Bricon, volume in-8 de XXIV-162 pages, avec 15 figures. — Prix : 4 fr. — Pour nos abonnés . . . . 2 fr. 75

Tome IV (1883). — Publié avec la collaboration de MM. Boutier, Bonnaire, Leflave, P. Bricon et Séglas, volume in-8 de XXXII-151 pages, avec 2 planches hors texte et 5 fig. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés 3 fr. 50.

Tome V (1884). — Publié avec la collaboration de MM. Budor, Dubarry, Leflaire et Bricon, volume in-8 de LXXVI-188 pages. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 4 fr.

Tome VI (1885). — Publié avec la collaboration de MM. Courbarrien et Séglas, volume in-8 de LXII-63 pages avec 7 figures. — Prix : 3 fr. 50 — Pour nos abonnés . . . . 2 fr. 50

Tome VII (1886). — Publié avec la collaboration de MM. Isch-Wall, Baumgarten, Pilliet, Courbarrien et Bricon, volume in-8 de 300 pages, avec 3 plans, 25 figures et 5 planches en phototypie hors texte. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 4 fr.

Tome VIII (1887). — Publié avec la collaboration de MM. Sollier, Pilliet, Raoult et Bricon, volume in-8 de LX-264 pages, avec 27 figures. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 3 fr 50

Tome IX (1888). — Publié avec la collaboration de MM Courbarrien, Raoult et Sollier, volume in-8 de LIX-92 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés . . . . 2 fr. 50

Tome X (1889). — Publié avec la collaboration de MM. Sollier, et A. Pilliet, volume in-8 de LVI-188 pages, avec 22 figures et une planche chromo lithographique. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 3 fr. 50

Tome XI (1890). — Publié avec la collaboration de MM. Camescasse Isch-Wall, Morax, Raoult, Séglas et P. Sollier, volume in-8 de C-252 pages, avec 16 figures et 10 planches hors texte. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 4 fr.

Tome XII (1891). — Publié avec la collaboration de MM. Banzet, Finet, Isch-Wall, Raoult, R. Sorel et P. Sollier, volume in-8 de VIII-142 pages, avec 14 figures et 2 planches hors texte. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 3 fr. 50

Tome XIII (1892). — Publié par la collaboration de MM. Daunic, Ferrier et Noir, volume in-8 de CXII 368 pages, avec 37 figures et 15 planches, — Prix : 7 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 5 fr.

Tome XIV (1893). — Publié avec la collaboration de MM. Boncour, Cornet, Lenoir, J. Noir et P. Sollier, volume in-8 de LXIX-384 pages, avec 88 figures et I plan. — Prix : 7 fr. — Pour nos abonnés. . . . 5 fr.

Tome XV (1894). — Publié avec la collaboration de M. J. Noir, volume in-8 de LXIV-151 pages, avec 8 figures et 4 planches. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 3 fr. 50

Tome XVI (1895). — Publié avec la collaboration de MM. Boncour Comte, Dardel, Dubarry, Leriche, Lombard, Noir (J.), Pilliet Ruel, Sollier et Tissier, volume in-8 de LXXI-254 pages, avec 31 figures et 8 planches. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 4 fr.

Tome XVII (1896). — Publié avec la collaboration de M. Mettetal, Noir (J.), Regnault, Rellay, Vaquez et Boyer (J.), volume in-8 de C 272 pages, avec 41 figures et 9 planches. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés. 4 fr.

Tomes XVIII (1897). — Publié avec la collaboration de MM. Dardel, Jacomet, Mettetal, Noir (J.), Philippe, Rellay, Schwartz, Tissier et Wuillamier, volume in-8 de LXXXIV-228 pages. — Prix : 7 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 5 fr.

Tome XIX (1898). — Publié avec la collaboration de MM. Cestan, Chapotin, Katz, Noir (J.), Philippe, Sébileau et Boyer (J.), volume in-8 de XCII-236 pages. — Prix : 7 fr. — Pour nos abonnés. . . 5 fr.

Tome XX (1899). — *Sous presse.*

Prix de la collection complete des *Comptes rendus de Bicetre.* — Prix : 100 francs. — Pour nos abonnés. . . . . 70 fr.

BOURNEVILLE. **Histoire de la section des enfants de Bicêtre. —** 2e *edition*, volume in-8 de 137 pages, avec 11 figures et un plan hors texte. — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . . . 2 fr. 75

BOURNEVILLE. **Notes et observations cliniques et thermométriques sur la fièvre typhoide.** Vol. in-8 compact de 80 pages, avec 10 tracés en chromolithographie — Prix : 3 fr — Pour nos abonnés . . . . 2 fr.

BOURNEVILLE. **Manuel pratique de la garde-malade et de l'infirmière** (5e édition), publié avec la collaboration de MM. E. Brissaud, Budin, P. Cornet, Mme Edwards-Pilliet, P. Keraval, G. Maunoury, Monod, J. Noir, Poirier, Ch.-H. Petit-Vendol, Pinon, P. Regnard, Sevestre, Sollier, Viron et P. Yvon. Cet ouvrage, *adopte par les Ecoles Departementales* et *Municipales d'Infirmiers et d'Infirmieres du département de la Seine*, est divise en cinq volumes dont les titres suivent :

Tome I : Anatomie et Physiologie. Prix. . . . . 2 fr.

Tome II : Administration et comptabilité hospitalières. Prix. . . . 2 fr.

Tome III : Pansements. Prix. . . . . 3 fr.

Tome IV : Femmes en couches. Soins à donner aux aliénés. Medicaments. Petit dictionnaire. Prix . . . . 2 fr.

Tome V : Hygiène. Prix . . . . 2 fr.

Les 5 volumes réunis. Prix : 7 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . 6 fr.

BOURNEVILLE. *Lettre à M. Charles Dupuy, Président du Conseil, Ministre de l'Interieur, sur la* **Création de Classes spéciales pour les Enfants arriérés** Brochure in-8 de 32 pages avec un tableau hors texte. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . . 1 fr.

BOURNEVILLE et BLONDEAU. **Des services d'accouchements dans les hôpitaux de Paris.** — Brochure in-8 de 49 pages. Paris, 1881. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 75 c.

BOURNEVILLE et BRICON. **Manuel des injections sous-cutanées.** 2e éd. Un volume in-32 de XXXVI-210 pages, avec 10 figures dans le texte. — Prix : 2 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr.

Nous avons fait faire un elegant cartonnage Bradel. — Prix du cartonnage. . . . . 50 c.

BOURNEVILLE et BRICON. **Manuel de technique des autopsies** 1 volume in-18 de 240 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr.